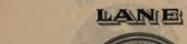
D.[r] FERDINANDO COPASSO

MALATTIE DEI BAMBINI

TORINO
UNIONE TIPOGRAFICO-EDITRICE
MILANO-ROMA-NAPOLI

PREZZO L. 6.

DELLE

MALATTIE DEI BAMBINI

E LORO CURA

Opere scientifiche dello stesso Autore

1° Studii ed osservazioni sulla fisiologia ed anatomia dei bambini con applicazioni pratiche. 1887.
2° Studii ed osservazioni sulla caduta del cordone ombellicale e sulle variazioni di peso che in tale epoca offrono i neonati. 1889.
3° Della polmonite crupale dei bambini e della sua cura. 1889.
4° Patologia generale delle malattie infettive acute. 1889.

In preparazione:

1° Bregmografo registratore con osservazioni pratiche.
2° Breve trattato di materia medica e di terapeutica infantile.
3° Del carattere dei medici, ossia come sono e come dovrebbero essere.

Per le famiglie:

1° Della cura da prestarsi ai bambini mentre si aspetta il medico. Torino 1889.
2° Come si debba nutrire il bambino sano, ammalato e convalescente. Torino 1891.

In preparazione:

Il bambino che ritorna da nutrice.
Introduzione: Come è il bambino robusto.

Indice dei capitoli:

1° Il bambino non ha denti.
2° Il bambino non parla.
3° Il bambino è macilento.
4° Il bambino è rachitico.
5° Il bambino non parla.
6° Il bambino non cammina.
7° Il bambino perde l'orina nel letto durante il sonno.

DELLE

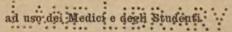
MALATTIE DEI BAMBINI

E LORO CURA

TRATTATO

DI

PEDIATRIA E TERAPEUTICA INFANTILE

ad uso dei Medici e degli Studenti

PER IL DOTTOR

COPASSO FERDINANDO

Repetita iuvant.

TORINO

UNIONE TIPOGRAFICO-EDITRICE

33, Via Carlo Alberto, 33

NAPOLI – ROMA – MILANO

1892

Ai miei giovani Colleghi,

Più volte mi occorse di essere richiesto da Voi, o dalle famiglie presso le quali avevate un bambino in cura, sia per spianare alcune difficoltà diagnostiche o terapeutiche insorte nel decorso di una malattia, sia per dividere la responsabilità d'una cura alquanto difficile. In questi casi non di rado mi fu dato osservare che nel far la diagnosi si partiva dagli stessi metodi d'esame usati per gli adulti, non sempre adattabili per i bambini, ed i quali possono condurre a deduzioni erronee. Altre volte fui testimonio di cure molto energiche per malattie lievi o guaribili spontaneamente, oppure constatai uno scetticismo terapeutico troppo spinto, quando una cura ben fatta avrebbe potuto aiutare la naturale tendenza alla guarigione. In alcuni casi osservai che il medico, per far la diagnosi, si fidò troppo dei ragguagli dati dalle mamme o dalle nutrici ed estremamente poco della propria capacità ed oculatezza. Io mi auguro che quest'abitudine scomparisca col tempo e che il medico che cura i bambini diventi per tempo possessore del cosidetto occhio clinico. Del resto le difficoltà inerenti all'esame del bambino, le quali in certi casi paiono esagerarsi in proporzione inversa del volume del suo corpo, vengono sempre

superate dopo alcuni anni di severa applicazione coadiuvata dallo studio.

Tanto Voi, quanto altri Colleghi, venuti a conoscenza degli studì e delle osservazioni che giorno per giorno io andavo raccogliendo sulla patologia e sulla terapia infantile, benevolmente mi invitaste a renderli pubblici per mezzo di un apposito Trattato, come se lo scrivere un libro sulle malattie e sulle cure dei bambini fosse cosa facile o di poca difficoltà.

Per corrispondere alle cortesi sollecitazioni ed anche per far apprezzare al loro giusto merito i lavori e gli studi che quotidianamente faccio col distinto Medico primario dell'Ospizio dell'Infanzia di Torino, mi decisi di aderire all'invito.

Mi lusinga il pensiero che vorrete accordare a questo mio lavoro la stessa indulgenza che ebbero gli altri quattro da me precedentemente pubblicati, e d'altra parte che i molti casi pratici presentati potranno tornare utili non solo a Voi, che iniziate i primi passi nella carriera difficile della cura delle malattie infantili, ma a quanti percorreranno con indulgenza le pagine di questo volume.

Torino, Settembre 1892.

Dott. F. COPASSO.

DELLE MALATTIE DEI BAMBINI

CAPITOLO I.

Delle malattie che alcuni neonati presentano immediatamente dopo la nascita, le quali si manifestano con sintomi comuni e con imminente pericolo di vita — Dell'Asfissia — Delle Emorragie intracraniane — Dei Vizi cardiaci — Dell'Atelettasia polmonare — Della debolezza congenita o immaturità — Della cura di queste malattie.

Dell'Asfissia. — Se un neonato appena venuto alla luce non compie profonde inspirazioni, vivaci movimenti colle estremità, alte grida; ma se ne giace inerte col sistema muscolare completamente rilasciato, colla respirazione appena percettibile, ed ha i movimenti del cuore rarissimi e molto deboli, si trova in quello stato di morte apparente e talvolta anche imminente chiamata ordinariamente *asfissia dei neonati*, il quale richiede dei prontissimi soccorsi per prestare i quali non di raro si pone in esercizio tutta la pazienza di cui un medico può essere capace, poichè alcune volte la loro durata può prolungarsi più di una o due ore.

Se il neonato, che si trova in tali condizioni, è robusto, non si leghi il cordone, ma dopo averlo tagliato ad una distanza maggiore dell'ordinaria, si lasci sgocciolare in modo da sottrarre dal corpo del bambino tre o quattro cucchiaini di sangue in una o in varie riprese, onde togliere degli ostacoli alla circolazione e fare una derivazione sul cervello nello stesso tempo.

Si leghi invece accuratamente se il neonato è molto debole. Ed in qualunque caso si tolgano sempre le mucosità accumulate nelle fauci, le quali sono assai comunemente causa di questa malattia.

Si esponga in una grand'aria e gli si facciano sul petto, sul dorso e sulle estremità delle fregazioni colla sola mano se vi è niente di più, oppure con acqua e aceto forte, alcool diluito nell'acqua semplice o canforato, oppure balsamo di opodeldoch, olio canforato, ecc.

Non bastando si ponga nel bagno caldo e tenendogli sollevata la faccia gli si ripetano le fregazioni che eccitano o almeno debbono eccitare la

circolazione periferica, gli si faccia la respirazione artificiale alternandola colle doccie fredde sul petto. Poscia si collochi su di un letto e si assoggetti di nuovo a tutte le suddette operazioni dopo averlo tolto dal bagno. Infine gli si versi dell'acqua calda sul petto da una certa altezza e con una certa forza, e si asciughi con panni ruvidi.

Riconosciuti inutili questi mezzi si faccia l'insufflazione d'aria sia direttamente colla bocca o con un tubo ricurvo e si solletichino le fosse nasali o le fauci colle barbe d'una penna.

Si può eziandio, avendo l'occorrente, procedere alla faradizzazione dei nervi frenici al collo onde eccitare le contrazioni del diaframma.

Riavutosi il neonato non si deve fasciare, a meno che si trovi in un ambiente molto freddo dove questo diventi necessario, ma avviluppato in pannilani caldi o con ovatta, va tenuto nel suo letticiuolo circondato da bottiglie d'acqua calda, ed appena sarà possibile si metta al petto della nutrice.

L'asfissia dei neonati è prodotta da due ordini di cause: le prime possono essere comuni ai deboli ed ai robusti imperciocchè, ad eccezione delle mucosità accumulate nelle fauci, sono estranee al loro organismo, e fra di esse si annovera l'attorcigliamento del cordone sul collo del feto, la sua procidenza o la compressione, il distacco prematuro della placenta o la sua inserzione anormale.

Il secondo ordine comprende quelle cause che sono inerenti all'organismo del neonato e dipendono da un arresto di sviluppo generale o parziale, ossia da debolezza congenita, da vizi cardiaci, da atelettasia polmonare, ecc.

Fra i neonati in cui la causa dell'asfissia è la debolezza congenita o immaturità vanno annoverati quelli la di cui espulsione fu anticipata artificialmente per motivi ostetrici o ginecologici.

La guaribilità della malattia dipende dalla durata della causa che la produsse, qualora sia estranea all'organismo, dalla prontezza con cui furono prestati i soccorsi; dall'importanza relativa della malattia congenita, e secondochè è più o meno facilmente riparabile, dal successivo sviluppo ed aumento di forze del neonato.

L'asfissia dei neonati si divide ordinariamente in congestizia od apopilettica e anemica dai caratteri speciali con cui si presenta, i quali sono molto appropriati ma però non sono sufficienti per stabilire delle regole terapeutiche speciali, sebbene le cause del primo ordine agiscano anche sui neonati robusti e le seconde soltanto sui deboli. Per cui, partendo dal principio che il medico deve curare l'ammalato e non la malattia, mi pare

essere più utile e più pratico il desumere la piccola differenza da farsi nella cura dallo stato di robustezza o di gracilità del bambino. La cura ulteriore dipenderà poi dalla natura delle cause che la produssero primitivamente o dal continuarsi della loro azione combinata colle variazioni che subisce l'organismo di tutti i neonati nei primi giorni di vita.

Questi bambini all'autopsia presentano i polmoni e gli organi contenuti nella cavità craniana congestionati con molte e distinte ecchimosi nell'interno del loro tessuto. Congestionato è pure il midollo spinale. Il cuore è quasi sempre pieno di coaguli recenti. Il fegato si trova ordinariamente meno congestionato degli altri organi. Ma non sempre nei bambini morti per asfissia si osservano queste congestioni così estese e tanto intense, ma alcune volte mancano quasi completamente o sono esclusivamente limitate al cervello o ai polmoni.

Delle Emorragie intracraniane. — Durante un parto laborioso dipendente da un feto voluminoso eccessivamente, da un bacino ristretto o difettoso o in seguito d'una applicazione di forcipe, ecc., può prodursi una frattura o un infossamento d'un osso craniano o un accavallamento più grande dell'ordinario il quale avviene nelle identiche circostanze. Se in questo frattempo viene prodotta la lacerazione di qualcheduno degli strati molli che riuniscono i bordi delle ossa ha luogo uno spandimento sanguigno il quale si farà strada o sulla superficie del cranio o nella sua cavità secondochè la soluzione di continuità dei vasi ebbe luogo esternamente od internamente.

Le raccolte esterne si faranno tra l'osso ed il periostio qualora siano prodotte da una frattura; tra il periostio e l'aponeurosi pericraniana se invece venne lesa la membrana che chiude una fontanella o uno spazio angolare frapposto ai bordi delle ossa. Se poi il bordo superiore d'un parietale affondandosi sotto il corrispondente dal lato opposto distaccasse la dura-madre, lo spandimento sanguigno avrebbe luogo fra di essa e la faccia interna dell'osso: ed invece fra di essa ed il foglietto parietale dell'aracnoide se viene lacerata oppure è offeso il cervello.

Queste fratture hanno luogo quasi sempre in vicinanza dei bordi superiori delle parietali o alla loro base ed il frammento osseo nel primo caso, rimanendo aderente colla sua parte esterna al resto dell'osso, rimane alcune volte spinto verso l'interno della cavità craniana nella sua parte libera, dalla direzione e dalla violenza del trauma. La maggior parte delle volte ripiglia il suo posto per venirvi spinto in senso contrario dalla pressione che dopo la nascita il liquido encefalico esercita sulle pareti craniane per cui tale frattura non sempre viene diagnosticata. Se questo non succede

può contundere la superficie esterna di uno degli emisferi, produrre delle lacerazioni e consecutivamente delle altre raccolte sanguigne.

Ma il cervello può rimanere leso e gravemente schiacciato in altri casi in cui dopo la morte non apparisce alcuna traccia di lesioni ossee sulle parti molli. Probabilmente allora avviene un repentino cangiamento di forma del cranio al quale non potè adattarsi il suo contenuto, per cui successe lo schiacciamento del suo tessuto, la lacerazione dei suoi vasi, delle membrane che lo circondano, ecc., e l'aumento del volume che subirono gli organi encefalici per lo spandimento sanguigno spinse di nuovo in fuori le ossa le quali probabilmente furono soltanto accavallate e non fratturate per la loro elasticità la quale permise ancora che ripigliassero presto la forma e la posizione primitive.

Gli effetti da ottenersi colla cura dipendono dalla gravità di tutte queste circostanze ed anche dall'estensione e dal volume della raccolta sanguigna la quale eserciterà sul cervello una proporzionale compressione e dall'importanza degli organi che sono esclusi dalla loro funzione per essere compressi.

L'asfissia che è prodotta da queste cause ha i caratteri della congestizia. Per cui se il neonato è robusto non si leghi il cordone ma si lasci sgocciolare in modo da sottrarre uno o due cucchiaini di sangue. Nella incertezza in cui ci troviamo in questi casi sull'estensione della lesione da curare tentiamo di fare una derivazione sui polmoni e sul cervello e di rendere un po' più libera la circolazione per un po' di tempo.

Si prestino poscia i soccorsi richiesti dall'asfissia. Qualora si riesca di far vivere il neonato rimane ancora sempre al medico l'importante còmpito di curare lo stato consecutivo dipendente dalla compressione cerebrale. Se non si fece ancora o non si fa più l'espulsione del meconio si eccita coll'applicazione di clisteri.

Se avvengano convulsioni si ponga il neonato in un bagno tiepido e gli si facciano dei bagni freddi sulla testa. Estratto dal bagno ed asciugato gli si pongano, ove occorra, dei piccoli cataplasmi senapati sulle estremità inferiori.

Si raccomanda poscia alla nutrice di mungergli il latte in bocca o di porgerglielo a cucchiaini perchè il neonato non si mette a succhiare se è posto alla mammella.

Dei Vizi cardiaci. — I neonati che presentano i sintomi di queste malattie sono quasi sempre gracili, deboli, immaturi, e vengono alla luce senza che le disposizioni cardiache fetali siansi già modificate in modo compatibile colle nuove funzioni che il cuore deve dalla nascita in

poi compiere. Queste disposizioni, che sono fisiologiche nel feto, sono cagione di cianosi e di asfissia nei neonati e vanno considerate come malattie organiche.

Per farci un'idea del modo con cui si producono queste due conseguenze che talvolta sono irrimediabili bisogna ricordare l'anatomia del cuore dal feto negli ultimi tempi della vita intrauterina, e dal suo studio si potrà dedurne il modo in cui allora si compiva la circolazione sanguigna.

Il cuore destro del feto ha una più grande capacità del sinistro e quindi facendosi la sistole delle orecchiette e dei ventricoli contemporaneamente, queste spingono eziandio delle onde disuguali non solo per se stesse ma eziandio in proporzione del sistema capillare che devono riceverle. Colla diversa loro ampiezza è anche diverso il lavoro, perchè il destro ha un maggior numero di resistenze da superare oltre la divisione che subisce l'onda che da lui viene spinta, di cui una parte penetra nei capillari già permeabili dei polmoni e l'altra per mezzo del canale arterioso passa nell'aorta aggiungendosi a quello che vi penetra contemporaneamente durante la sistole del ventricolo sinistro; per cui aiuta grandemente la circolazione generale.

Il sangue proveniente dalle vene si divide parimenti in due parti di cui una è ricevuta dal ventricolo destro durante la sua diastole e l'altra passa nell'orecchietta sinistra attraverso il foro interauricolare dove si mescola con quello proveniente dalle vene polmonari e di là nel ventricolo sottoposto.

In questo modo la natura provvide per ovviare le conseguenze che deriverebbero per la nutrizione del feto se il sistema capillare generale fosse solamente attraversato dalla piccola onda emessa dal ventricolo sinistro.

Ora le disposizioni anatomiche le quali favoriscono questo modo di circolazione scompariscono gradatamente verso il termine della vita intrauterina. Imperocchè aumenta sempre più la capacità del cuore sinistro, va stringendosi successivamente il foro ovale e il diametro del canale arterioso di cui le pareti si provvedono continuamente di elementi muscolari. Il maggior numero di capillari polmonari che si sono andati formando fa derivare una più grande quantità di sangue verso questi organi, diminuisce quindi quella che viene spinta nell'aorta e l'altra che dall'orecchietta destra passa nella sinistra.

Per cui supponendo pure che l'orifizio interauricolare non sia ancora completamente chiuso, nè assolutamente eguale la capacità dei due ventricoli e delle orecchiette verso il fine della vita intrauterina, purchè lo

sviluppo generale del cuore sia proporzionale a quello del corpo del neonato, esso sarà capace di funzionare anche dopo la nascita non appena saranno divenute permeabili le vie respiratorie e chiuso il canale arterioso nel modo richiesto dalle modificazioni funzionali che deve subire.

Se però l'organismo del feto si sviluppa troppo lentamente, o viene alla luce prima di tempo in modo che il cuore presenti ancora in modo rilevante le suddette disposizioni, non ostante lo stabilirsi della funzione respiratoria, l'evoluzione cardiaca sarà molto difettosa e diventerà causa di gravi alterazioni nella circolazione generale le quali si manifestano nel neonato coi sistemi della cianosi e dell'asfissia.

Supponiamo di fatto, per venire al caso pratico, che nel neonato le disposizioni anatomiche sussistano nel modo che è considerato come normale nel feto. Lo stabilirsi della funzione respiratoria devierà verso i polmoni la più gran parte dell'onda emessa dal ventricolo destro, la quale non potendo essere al suo ritorno contenuta tutta nell'orecchietta sinistra passa in parte attraverso il foro ovale nella destra, contemporaneamente a quello che le vene cave vi versano con una pressione molto minore per essere piccola l'ondata spinta in ogni sistole del ventricolo sinistro nella aorta. Quindi dal concorrere di questi due fatti viene prodotta una lentezza circolatoria nel sistema capillare generale proporzionale al modo con cui esistono ancora le disposizioni anatomiche.

Avremo quindi due principali conseguenze da tale stato di cose. Che sono una nutrizione assai deficiente perchè la lentezza circolatoria si oppone all'assorbimento ed all'apporto dei materiali nutritizii: ed un continuo ed incessante accumulamento di acido carbonico nell'organismo, per mezzo della grande circolazione.

In questo caso vediamo che la superstite apertura del foro ovale sia una grande necessità perchè si compia la circolazione polmonare, purchè la sua ampiezza sia proporzionale alla quantità del sangue che in un dato istante deve passare da un cuore ad un altro. Imperocchè se l'orifizio interauricolare è ristretto in proporzione della grandezza della ondata sanguigna che penetra nell'orecchietta sinistra, non passerà durante la sua contrazione nella destra tutto il sangue che può esservi contenuto, per cui avverrà il rigurgito nelle vene polmonari e la consecutiva dilatazione dei capillari che ne rallenta la circolazione rendendo insufficiente il ricambio dell'acido carbonico coll'ossigeno.

E quindi avremo una nuova causa molto più importante e diretta di cianosi e di asfissia che unita alla prima non può far a meno di mettere la vita del neonato in pericolo.

Se invece l'apertura del foro ovale è troppo ampia, il mescolamento delle due ondate sanguigne di opposta composizione chimica è molto più intima quanto è prevalente la capacità del cuore destro.

Supponendo invece che l'arresto di sviluppo abbia invaso il canale arterioso per il quale, in luogo di restringersi il suo volume e di ipertrofizzarsi, la sua parete muscolare rimanga sottile e permeabile in modo che una parte integrante dell'ondata sanguigna spinta dal ventricolo destro venga sottratta ai polmoni e introdotta nell'aorta; allora oltre all'eccesso di acido carbonico contenuto nella circolazione generale vi è la dilatazione dei capillari polmonari per la mancanza della forza impellente del sangue che in essi scorre e quindi molto lento e insufficiente lo scambio dei due gas per mezzo dei polmoni.

Da quanto si è detto risulta che la superstite apertura del foro ovale e del canale arterioso sono di grave danno alla circolazione del neonato in proporzione della minore ampiezza del ventricolo sinistro in confronto del destro e come queste alterazioni non possono venire compensate se sono gravi perchè allora la nutrizione dell'organismo è assolutamente impossibile.

Il vizio congenito più comune di tutti è la superstite apertura del foro ovale unito al poco sviluppo del ventricolo e dell'orecchietta sinistra. La cianosi e l'asfissia sono prodotte in grado più o meno rilevante secondo lo sviluppo del corpo del neonato ed il bisogno relativo di respirare per avere un sangue ossigenato e adatto alla calorificazione ed alla nutrizione dei tessuti. Hanno di preferenza questa anomalia i neonati gracili ed immaturi, deboli: e qualche rara volta anche gli altri sviluppati abbastanza bene. Complica non di raro l'atelettasia polmonare congenita.

Se questi bambini continuano a vivere per alcuni giorni, la cianosi va aumentando successivamente. Il bambino è sempre sonnolento, i suoi muscoli sono rilasciati, la pelle congestionata più del solito e la sua temperatura è inferiore a 37°, talvolta a 36°. Di quando in quando si sveglia di soprassalto con un accesso di dispnea che viene ad interrompere la apparente ed ingannante calma, la quale è sempre accompagnata da palpitazioni di cui la durata può prolungarsi qualche ora.

L'ascoltazione ci fa percepire un soffio nella regione cardiaca udito maggiormente se l'orecchio è posto fra il capezzolo sinistro e la sterno. La mano qualche volta sente un fremito vibratorio di varia intensità.

Negli intervalli fra gli accessi, il battito del cuore è debolissimo ed il polso appena percettibile.

Per questi neonati si mettano anche in pratica tutti i soccorsi, di cui

si disse, relativi all'asfissia. In seguito, se si riesce a mantenerli in vita, si usino frequentemente i bagni caldi nei quali si può mettere della senapa nera la quale possiede, oltre alla proprietà di irritare le estremità sensibili dei nervi cutanei, anche quella di produrre una dilatazione consecutiva dei capillari della pelle che toglie degli ostacoli alla circolazione per cui riesce più libero il movimento del cuore.

Gli accessi di dispnea vanno curati con acque aromatiche, infusi aromatici, ecc.

Bisogna ancora provvedere con apposite coperture affinchè il corpo tanto gracile ed estenuato di questi bambini non debba soccombere per gli abbassamenti della temperatura ai quali sono soggetti. A questo scopo servono assai bene le bottigliette piene d'acqua calda applicate attorno al loro corpicciuolo avvolto di cotone o di pezze di lana.

Dell'Atelettasia polmonare. — I bambini che nascono con questo vizio organico sono per lo più immaturi. Ma presentano solamente i sintomi dell'asfissia e dei disordini della funzione respiratoria allorquando la lesione congenita è molto estesa.

Le probabilità di vita dipendono dall'estensione della lesione polmonare. Se è molto limitata, se il neonato non è molto debole nè immaturo, se non è complicato dal vizio organico comune, di cui si disse, il quale accompagna questa malattia la più parte delle volte; lo stato generale può migliorare dopo alcune settimane o mesi, purchè il bambino sia messo al petto d'una robusta e giovane nutrice ed il suo sviluppo si faccia con rapidità. Allora la guarigione, non nel senso medico, ma in quello inteso dalla famiglia avviene, ma non perchè si sviluppino di più le vescicole polmonari rimaste fino allora impervie, ma perchè le altre acquistano più rapidamente una maggior grandezza alla quale corrisponde una più grande funzionalità.

La diagnosi è assai difficile ed il sintomo che guida il medico all'esame delle parti lese è il cerchio peritoracico, cioè l'infossamento della pelle sotto i bordi delle arcate costali durante l'inspirazione; altra volta l'infossamento dell'epigastrio nelle identiche circostanze. Se le lesioni sono poco estese, la diagnosi è quasi impossibile. Nel caso contrario dall'esame statico risulterà l'assenza del rumore respiratorio nelle regioni affette, unitamente all'ottusità della percussione. Nelle altre regioni si sentono dei rantoli che ci fanno diagnoticare la bronchite o la broncopolmonite acuta più o meno estesa, in questi casi secondo la debolezza dell'azione cardiaca.

Il sangue non ricevuto dalle parti impervie, se sono molto estese, pren-

derà la via di altri organi i quali rimarranno congestionati secondo il vario grado di rilasciatezza del loro tessuto e la superficie presentata, per cui la pelle diverrà cianotica e l'encefalo all'autopsia si mostrerà congestionato più di tutti gli altri tessuti.

Questa forma di atelettasia che trovasi descritta in tutti i manuali delle malattie dei bambini, e da moltissimi anni in qua è tramandata da un autore ad un altro, si può chiamare primaria, giacchè molti sintomi, dei quali abbiamo parlato, fra i quali l'insufficienza respiratoria, dipendono dalla medesima: all'incontro, mi pare che, senza porre in dubbio l'autorità degli egregi scrittori che ne parlarono prima di me, ve ne sia un'altra forma che chiamo secondaria e che è più frequente, atteso che dipende non da arresto di sviluppo delle vesciche polmonari, ma dalla loro funzionalità, mancante perchè non è messa in azione.

Questa, secondo il mio modo di vedere, dipende dalla debolezza dei muscoli respiratorii che si osserva in tutti i bambini gracili, delicati ed immaturi, la quale è favorita pur anche dalle condizioni in cui questi vanno tenuti in sui primi mesi di vita, le quali favoriscono per nulla questa funzione, poichè non si può far diversamente. Talvolta la debolezza funzionale appartiene a tutti i muscoli inspiratorii i quali dilatando pochissimo, per la posizione tenuta dal bambino, la cavità toracica, non promuove la penetrazione dell'aria in tutte le vesciche polmonari e quindi la loro dilatazione, ma soltanto di quelle più vicine alle pareti del torace donde parte il movimento e dove troppo presto finisce prima che possa propagarsi. Ne avviene che le vescicole d'alcune regioni interne e posteriori rimarranno chiuse fin dai primi istanti della vita del neonato e continueranno a conservarsi tali perchè la funzione che non compiono, non ne eccita lo sviluppo, per cui continuando a svilupparsi il tessuto interstiziale il rimanente dell'organo si troverà sempre allo stato fetale in cui non respira.

Se i muscoli respiratorii che funzionano debolmente appartengono alla regione del collo, quali sono lo sternocleidomastoideo, gli scaleni, ecc., il vizio funzionale e quindi l'arresto di sviluppo avverrà nelle regioni superiori dei polmoni e più propriamente agli apici, che è quanto accade il più delle volte e che per la ristrettezza della superficie respiratoria della regione, viene compensato con maggior facilità dal più rapido sviluppo delle vescicole delle regioni inferiori assai più numerose. Se invece il muscolo funzionante male, o per meglio dire insufficientemente, è il diaframma, lo scambio dell'ossigeno coll'acido carbonico si farà mediante le parti superiori che sono le meno estese e rimarranno atelettasiache le basilari le quali

verranno sollevate nell'ispirazione dai muscoli delle pareti toraciche e del collo e sembreranno trascinare con sè la cupola del diaframma spinta in alto dalla pressione atmosferica. Per cui durante il primo atto respiratorio osserveremo l'infossamento dell'epigastrio. Donde si vede come nè questo, nè il cercine peritoracico servono sempre a metterci sulla via per fare la diagnosi della malattia organica di cui si parla, qualora non vi siano regioni estese affette dalla medesima, e si faccia un accurato esame degli organi toracici.

Gli altri sintomi derivanti da queste condizioni di cose, non cangiano di modalità con questa forma più che con la prima.

Le parti dei polmoni che non hanno respirato non si conosceranno soltanto dal loro colore rosso oscuro, ma ancora dal cadere in fondo al vaso nel quale si immergono, mentre le altre galleggiano perchè si trovano in una condizione opposta.

La cura va fatta secondo i sintomi che più sono caratteristici o allarmanti. Quella dell'asfissia e della cianosi fu descritta nel paragrafo apposito: quelle dovute agli effetti dell'immaturità o della gracilità congenita sono descritte nel paragrafo seguente.

Della debolezza congenita o immaturità. — Si chiama con questo nome la condizione di quei bambini, i quali dopo la nascita all'esile corporatura uniscono la debolezza delle funzioni; la qual cosa ci dimostra come i suoi organi in generale sono poco sviluppati. Sono sempre sonnolenti, e se talvolta emettono delle grida, ciò che succede raramente, queste sono di poca intensità o si sospendono presto per la stanchezza che invade l'apparecchio che le emette. L'espulsione del meconio in luogo di durare solamente due o tre giorni, impiega per effettuarsi completamente almeno una settimana, e talvolta anche quindici o venti giorni. Messi al capezzolo della nutrice, non si sentono capaci di compiere l'atto del succhiamento per cui il latte deve essere somministrato loro spremendolo nella bocca o mediante un cucchiaino. La loro pelle è sempre fredda, tutti i movimenti muscolari, come pure quelli della respirazione e del cuore, sono assai deboli e quando sono attivi si dimostrano molto incompleti e soltanto durante il loro pianto o le grida e facendo eccezione di queste circostanze, le membra sono rilasciate e cadenti inerti ai lati del corpo. Le fontanelle di questi bambini dopo la nascita sembrano più piccole e tanto più la superiore e anteriore che è la più esaminata, perchè durante il parto succede per la poca resistenza delle ossa, un maggior accavallamento dei bordi superiori delle parietali fra di loro; del bordo superiore delle due parti laterali che costituiscono l'osso frontale sotto l'anteriore delle suddette, mentre

risulta assai minore di quello che dovrebbe essere lo spazio angolare compreso fra di queste, che nei neonati immaturi dovrebbe innoltrarsi fino verso la radice del naso come si osserva nei bambini di queste condizioni in cui l'accavallamento si risolve; per cui appariscono più ampii, distinti e caratteristici gli spazi frapposti ai bordi delle ossa. Per incidenza osservo che allorquando l'immaturità è incompatibile colla vita, questo accavallamento non si risolve mai, ma dura parecchi giorni, talora alcune settimane e va peggiorandosi di mano in mano che si avvicina l'istante dell'esito letale. Come già fu detto nel mio primo volume, pubblicato nel 1887.

La debolezza del sistema muscolare di questi bambini è la causa principale della loro morte nei primi giorni di vita. Sia che il cuore sia insufficiente a compiere la funzione circolatoria, da solo, giacchè è poco aiutato dai muscoli vasali, sia che le parti toraciche non si dilatino in proporzione della necessità della funzione respiratoria; le estremità si mantengono inerti e quindi non aiutano col loro movimento le nominate funzioni, nè concorrono a produrre il calore necessario alla vita di questi bambini.

Vi sono due forme principali d'immaturità. La prima è propria di quei bambini i quali furono messi alla luce prima del termine della gravidanza, ed allora unitamente all'esilità della corporatura presentano o in modo verificabile durante la vita o solamente all'autopsia, degli arresti di sviluppo di altri organi e in principal modo del cuore e dei polmoni e poscia e più di raro degli intestini e principalmente del crasso il quale non di raro ha la forma d'un grosso nastro bernoccoluto con una cavità centrale a guisa di una fessura. La vitalità di questi bambini è assai piccola anche quando sono partoriti fin dal principio dell'ottavo mese di gravidanza. Un'altra forma è propria dei neonati i quali vennero messi alla luce nel tempo dovuto, per cui l'arresto di sviluppo fu generale, cioè, possiamo dire, equabilmente distribuito a tutti gli organi e tessuti per cui le probabilità della vita sono assai maggiori ma non ancora da assicurare davanti alla famiglia. Non mancano però bambini i quali alla nascita presentano uno sviluppo mediocre in seguito d'una gravidanza regolare nel tempo e nei suoi fenomeni unitamente ad un arresto di sviluppo nel cuore o nei polmoni o in altri organi.

Le cause della deficienza di sviluppo dopo una gravidanza normale sono ancora avvolte nella più grande oscurità che forse verrà dissipata col tempo e di mano in mano che gli studii embriologici incominciati da alcuni nostri distinti colleghi arricchiranno il finora scarso patrimonio scientifico che possediamo.

Fra di esse quelle che sono più tenute in conto dai pratici sono la gra-

vidanza accompagnata da malattie, le quali non solo alterano la nutrizione dell'organismo della donna incinta, ma ancora le funzioni digerenti per un tempo molto lungo. Da alcuni egregi colleghi viene messa in campo la sifilide come causa probabile. Osservo però a questi come la maggior parte dei bambini nati da genitori sifilitici sono discretamente bene sviluppati e talvolta molto e si classificherebbero fra i robusti se l'annunzio della malattia congenita non obbligasse il medico a detrarre dalla bella apparenza quanto alla medesima si spetta. Non nego però che su di questo punto manchiamo di osservazioni più precise e positive giacchè non vogliamo essere, senza motivo di sorta, dell'opinione dei colleghi i quali credono, senz'altro, che la più parte dei bambini immaturi sono sifilitici per il fatto che più della metà dei medesimi muore prima dei due o tre mesi, cioè prima che sia giunta l'epoca della comparsa delle manifestazioni specifiche.

Un'altra questione che si dibatte eziandio è questa, se siano più efficaci le malattie della prima metà della gravidanza o quelle che avvengono durante le seconda a produrre l'immaturità. Imperciocchè nella prima epoca, il peso ed il volume del novello nascituro è, possiam dire, presso a poco eguale, mentre è variabilissimo durante e alla fine della seconda in tutti i neonati, anche dalla stessa famiglia e quantunque siano tutti ben sviluppati e fiorenti nell'atto della nascita. D'altra parte la piccolezza dell'organismo nella prima metà richiede una proporzionalmente anche piccola quantità di elementi nutritivi, per cui non si può nemmeno concepire come una malattia della gestante debba alterare lo sviluppo del prodotto del concepimento. Diversamente si può e si deve pensare per la seconda metà in cui lo sviluppo è rapidissimo e costante e con esso più grande la quantità dei prodotti residuanti dal ricambio molecolare. Per cui è perfino inutile far la questione se la nutrizione della madre alterata per causa di qualche malattia lunga ed esauriente impedisca lo sviluppo del feto. Fra gli argomenti che lasciano la questione nell'oscurità vi è questo che non di rado da donna denutrita e soggetta a una alimentazione inopportuna per sè e per le condizioni in cui si trova nascono bambini ben sviluppati e robusti e talvolta assai voluminósi. Come pure il caso del tutto opposto, in cui vennero dati alla luce dei bambini gracili, poco sviluppati da donne le quali non furono affette dalla più piccola sofferenza durante la gravidanza e per la loro agiata condizione si trovano in istato di eseguire la più perfetta osservanza delle regole igieniche prescritte dal medico.

E poichè sono su di questo argomento aggiungo ancora come l'età giovane unita all'agiatezza favoriscono la robustezza più grande dell'or-

ganismo dei primogeniti, mentre una condizione agiata intervenuta più tardi e dopo una relativa povertà permette una maggior robustezza dei figli partoriti durante le nuove circostanze anche da donna avanzata in età.

I bambini immaturi nascono talvolta asfittici, per l'insufficiente sviluppo degli organi circolatorii o respiratorii, o perchè il loro sistema muscolare debole non permette che si compiano regolarmente le funzioni relative. Muoiono quasi tutti di inanizione, quando non hanno la forza di fare il succhiamento, di sclerema, oppure di mughetto, di stomatite catarrale, ecc.

Se sopravvivono per propria forza o la mercè di valenti cure, la loro stessa debolezza li predispone talmente alle malattie che qualunque di esse intervenga anche di poca importanza e di corta durata, il suo esito è sempre letale.

Vanno tenuti sempre nel loro letticiuolo in un ambiente ampio, ben ventilato, la cui temperatura non oltrepassi i 14° C., avviluppati di cotone e circondati da bottigliette piene d'acqua calda. E queste cure vanno osservate per alcuni mesi di seguito.

Qualche volta si riuscì a far vivere con esse dei bambini assolutamente gracili ed immaturi.

Il latte va somministrato ad essi col cucchiaino, non essendo capaci di succhiarlo direttamente. La loro nutrice va scelta ed assistita colla massima diligenza possibile dalla famiglia e dal medico.

CAPITOLO II.

Di altre malattie dei neonati dipendenti da lesioni congenite le quali appariscono anche dopo la nascita, ma senza imminente pericolo di vita — Del Cefaloematoma — Dell'Encefalocele congenito — Dell'Idrorachia — Dell'Idrocefalo cronico — Della Ritenzione del meconio e delle anomalie principali dell'apparecchio della defecazione — Del Frenulo della lingua e del suo taglio — Del Labbro leporino semplice e complicato — Della cura di queste malattie.

Del Cefaloematoma. — Anatomicamente parlando ve ne sono tre specie.

La più frequente è la bozza sanguigna comune detta anticamente *caput succedaneum*, la quale è posta fra i tegumenti craniani e l'aponeurosi. È la specie più voluminosa. Dà alla testa del neonato una forma particolare allungata dall'avanti all'indietro. Guarisce la maggior parte delle volte spontaneamente. Contiene ora del sangue, ora della sierosità sanguinolenta.

La seconda specie è la sottoaponeurotica, meno sporgente e più allargata a cagione della grande resistenza dei tessuti che la coprono e della poca di quelli che la circondano che si lasciano sfiancare facilmente. Può invadere ad un tempo varie regioni del cranio e gli spazi frapposti che le dividono. Ha lo stesso contenuto della prima e talvolta si trovano contemporaneamente tutte e due per essere prodotte dalla stessa causa. Anche questa può guarire spontaneamente.

La terza specie di cefaloematoma è la sottoperiostea. Il suo volume è più piccolo ed è sempre circondato da una sporgenza ossea. Si trova quasi sempre su di uno dei parietali, più sul destro che sul sinistro. Qualche volta è doppio. La sua base non oltrepassa mai i bordi delle ossa craniane per essere il periostio fortemente aderente ai medesimi. La risoluzione di questo cefaloematoma dura molti giorni, e talvolta tre o quattro settimane.

Vi è un'altra varietà di cefaloematoma detta soprameningeo dal luogo della sua origine, o dal luogo in cui si trova che è fra la dura-madre e la parete della cavità craniana, dalla quale il contenuto talvolta esce o per mezzo di una fessura lasciata da una frattura o da un frammento osseo, o da un sequestro distaccato, o attraverso d'una fontanella, oppure, come vidi in

una autopsia per mezzo del foro occipitale. Da essa può farsi strada verso l'esterno simulando ora il cefaloematoma sottoperiosteo, ora il sottoaponeurotico, ora il sottocutaneo secondo che uscì da una apertura ossea, da una fontanella o sutura o dal foro occipitale.

Feci una volta un'autopsia in un bambino morto di questa malattia in cui osservai come le due raccolte purulente molto abbondanti comunicavano per mezzo della fontanella laterale posteriore di destra. Non sempre la formazione di questa varietà è annunziata da fenomeni encefalici come pare che dovrebbe essere; anzi nei pochi casi che ebbi sotto gli occhi non li osservai.

Se però la regione posteriore del cranio d'un neonato diventasse gradatamente tumefatta ma con una lentezza maggiore di quella impiegata da una flemone a svilupparsi potremmo con una certa sicurezza far la diagnosi d'un cefaloematoma soprameningeo, quantunque non sia accompagnato da sintomi di compressione cerebrale successivamente crescenti di intensità quali sono la sonnolenza, il rilasciamento muscolare, la tensione e l'inarcamento delle fontanelle, i vomiti, ecc.

Nel cefaloematoma sottoperiosteo non vidi mai avvenire la necrosi di una porzione anche minima dell'osso scoperto.

Il soprameingeo è sempre riempito di *pus* e la quantità contenuta nel cranio è sempre maggiore di quella contenuta nella parte esterna. Ed è sempre mortale.

Venendo ora a dire qualche cosa della cura non posso far a meno di sconsigliare chicchessia di usar mezzi diretti a favorire la risoluzione dei cefaloematomi esterni procurando l'assorbimento della sierosità sanguinolenta che contengono essendo inutile far ciò per la tendenza alla guarigione che ognuno possiede per legge naturale. E d'altra parte bisognerebbe dapprima discutere se i risolventi che si possono usare nei bambini eserciterebbero l'effetto che desideriamo.

Ma siccome conviene pur fare qualche cosa per questi bambini non bastando alle famiglie il consiglio di proteggere queste lesioni da ogni urto, dai raffreddamenti, dai contatti grossolani, si prescrivano dei cataplasmi caldi semplici o bagnati d'acqua vegeto-minerale o tintura d'arnica diluita nell'acqua, rinnovati spesso e sospesi se il tumore diminuisce di volume, o si coprano con cotone fenicato.

Se però la durata delle prime due varietà di cefaelomatomi si prolunga alcune settimane, siamo quasi certi che si trasformano in un ascesso. Ed appena la flattuazione sarà evidente in tutto l'âmbito del tumore si farà una incisione colla lancetta in un luogo declive la quale favorirà l'uscita del

pus. Si coprirà la località con del cotone fenicato che si manterrà a posto in modo opportuno.

Se poi vi sono dei sintomi di compressione cerebrale si otterrà con questa piccola operazione un sollievo se non di lunga durata almeno momentaneo. Mai però la guarigione.

Se l'ascesso è semplice e non comunicante colla cavità craniana, nè complicato da necrosi di qualche porzione di osso, nè da osteiti, o da periostiti, in pochi giorni il bambino sarà guarito. In caso diverso la guarigione dipenderà da quella delle lesioni suddette.

Essendovi un sequestro mobile è meglio toglierlo colle pinzette il più presto possibile.

Ma succederà ben di raro che il medico debba ricorrere a questi mezzi per curare il cefaloematoma, perchè guarisce quasi sempre spontaneamente ad eccezione del soprameningeo.

In quanto alle cause possiamo ritenere che il *caput succedaneum* dipenda da una compressione circolare o quasi circolare esercitata sulla parte della testa presentata dal collo dell'utero, dalle parti del bacino, dall'apertura vulvare o dall'essersi fermato molto tempo nella vagina.

Per produrre il cefaloematoma delle altre specie occorrono cause più violenti e prolungate. Dipendono difatti da cadute sulla testa dopo le quali siasi fatta una infossatura o una frattura d'un bordo osseo, la quale abbia lacerato qualche vaso d'un calibro non piccolo. L'innoltrarsi violento o prolungato o eccessivo dei bordi liberi delle ossa craniane gli uni sotto gli altri, detto anche accavallamento, mentre la testa attraversa un bacino ristretto, qualunque sia la posizione della testa del feto, può avere lo stesso effetto.

Infine l'applicazione del forcipe o della leva può produrre la frattura di qualche osso del cranio seguito dalle medesime conseguenze, se pure in questo caso o in quello di prima il versamento sanguigno non si fa nell'interno del cranio ed il bambino non viene al mondo asfittico e morente.

Dell'Encefalocele congenito. — Fra i bordi delle suture o in vicinanza di essi o di quelli delle fontanelle craniane esistono alcune volte degli spazi dove manca la sostanza ossea di varia forma e dimensione attraverso dei quali si insinuano il cervello e l'aracnoide, di raro il cervelletto con una quantità più o meno grande di liquido cerebro-spinale che unitamente alla membrana che lo contiene e lo produce costituisce la maggior parte delle volte il tumore e si spinge fuori in modo da sollevare più o meno visibilmente i comuni tegumenti. E quantunque tali

aperture vadano chiudendosi di mano in mano che procede l'ossificazione dei bordi delle suture e delle fontanelle e la loro unione, tuttavia non sempre vengono abolite e scompaiono nei primi anni di vita; a meno che si tratti d'un tumore assai piccolo, cioè pari in grossezza ad un fagiuolo, ad una fava; i quali si possono comprimere e spingere verso la cavità craniana impunemente, cioè senza che i bambini assoggettati a questo esperimento dimostrino sofferenze o siano presi da convulsioni, come si osserva facendo la stessa cosa ad altri tumori d'egual natura più voluminosi.

Sono soggetti agli stessi movimenti delle fontanelle, diventano turgidi in seguito d'uno sforzo traspiratorio e sono rilasciati durante il sonno.

I più piccoli encefaloceli si osservano in vicinanza e lungo le suture fronto-parietali e i più voluminosi fra i bordi delle ossa parietali e fra di queste e quelli dell'occipitale.

La cura consiste soltanto nell'impedirne la rottura mettendoli al sicuro dalle violenze esterne che potrebbero produrla.

Dell'Idrorachia, detta anche spinabifida o meningocele spinale. — È un tumore molle e trasparente quando è molto sottile la pelle che lo copre; diventa turgido alla fine del primo atto respiratorio. Le sue pareti sono costituite dai comuni tegumenti, dal tessuto connettivo e adiposo sottocutaneo, il quale dalla base va assottigliandosi gradatamente per scomparire del tutto nella parte più alta del tumore. Analogamente si parli delle membrane del canale vertebrale che non si possono più separare nè distinguere ad una breve distanza dall'apertura di comunicazione fra l'interno del tumore e il canale rachidiano. Questa poi è stretta, allungata e disposta dall'alto al basso della colonna vertebrale ed è dipendente dalla mancanza di sviluppo delle lamine vertebrali per cui non succede l'incontro e la fusione di esse colle apofisi spinose. Ordinariamente la spaccatura comprende da quattro a otto vertebre, e si trova sempre a sinistra. Del qual fatto finora l'embriologia non ci diede la causa nè la spiegazione.

Il midollo spinale ora si trova a suo posto nel canale vertebrale, ora nell'interno del tumore ed allora si trova dissociato in molte parti costituenti un fascio piegato ad ansa di cui la parte più sporgente rimane aderente alla parete interna del sacco. E talvolta esternamente nel punto corrispondente a quello d'inserzione il tumore presenta una piccola depressione a guisa d'un ombelico. Ma non sempre questo fatto si verifica con eguale costanza, giacchè in alcuni casi i fasci separati del midollo spinale sono compresi nel tumore senza che venga questo rivelato dall'esame della sua superficie esterna, perchè non vi è l'aderenza tra di essi e le sue pareti.

Allorquando contiene il midollo spinale, se è collocato nella regione lombare qualora il bambino viva sarà sempre affetto da paralisi delle estremità inferiori e della vescica. È in questa regione dove si osserva più comunemente, sebbene non sia poi tanto raro vederla in quella dorsale e sulla cervicale. Molto rara è la sua complicazione coll'encefalocele.

La cura di questa malattia va fatta in modo che il tumore venga sempre difeso contro le violenze esteriori, perchè nou si comprima e non si rompa. Ciò che potrebbe essere causa di convulsioni generali e anche della morte.

La protezione del tumore si ottiene coprendolo con una pasta di gesso e di acqua o di varii strati di collodio elastico o infine con un astuccio metallico un po' più largo di esso affinchè possa dilatarsi opportunamente, se il volume del meningocele spinale è piccolo.

Furono anche tentati varii mezzi onde ottenerne in breve tempo la guarigione radicale. Fra di questi cito l'iniezione della tintura alcoolica di iodio, dopo aver punto il tumore con un trequarti e vuotato del contenuto. Ma oltre che questa operazione è pericolosissima non diede ancora dei risultati abbastanza soddisfacenti.

Se il tumore avesse un peduncolo molto stretto si potrebbe fare la legatura circolare attraversandola primitivamente con due aghi in croce. Ma supponendo pure che questa si potesse fare sarebbe sempre difficile che essa comprima circolarmente il peduncolo in modo da chiudere il foro di comunicazione fra il tumore ed il canale vertebrale per impedire l'uscita del liquido e l'entrata dell'aria.

L'ago puntura, usata a scopo palliativo onde impedire che il tumore si rompa quando la pelle che lo copre è molto assottigliata o ulcerata, accompagnata dalla compressione fatta di varii strati di collodio elastico sovrapposti e ripetuti ogni quattro o cinque giorni conta già alcune guarigioni ottenute forse perchè il meningocele spinale era piccolissimo.

Il settone come le iniezioni irritanti espone al pericolo di eccitare l'infiammazione non solo del sacco che involge il tumore ma degli elementi del midollo spinale che contiene e dei suoi involucri.

Nell'Ospizio ebbimo un solo caso di guarigione di idrorachia lombare che fu completissima. Non era accompagnata dalla paralisi delle estremità inferiori e della vescica, nè lo fu dopo non ostante il metodo di cura perchè non era contenuto nel tumore il midollo spinale diviso in fasci.

Si trattava di un bambino robusto di quattordici mesi, nel quale o per caduta sul dorso o per una fortissima inspirazione si era rotto il tumore. Ne usci una grandissima quantità di liquido spinale, e consecutivamente

avvennero delle fortissime convulsioni generali dipendenti dalla rapidissima congestione cerebro-spinale che si fece per l'improvvisa cessazione della pressione fatta da esso.

Il collega Boetti applicò una fortissima legatura al peduncolo dopo averlo attraversato da due aghi. Quindici giorni dopo la guarigione era completa: il bambino fu mandato in campagna dove vive tuttora che sono trascorsi più di quattro anni.

Dell'Idrocefalo cronico. — La scienza non ha ancora stabilita con certezza la natura nè il modo di agire delle cause predisponenti ed occasionali di questa grave malattia. Tanto è vero che ogni medico pratico nell'indagarle in tutti i casi che gli capitano sotto gli occhi non le trova mai identiche o almeno analoghe in maniera da farsi un giusto criterio di quelle che hanno una maggiore influenza a produrla per essere in grado di dare qualche consiglio per prevenirla, allorquando è ereditaria.

Più ancora allo scuro ci troviamo per stabilire una cura razionale delle lesioni trovate nella cavità craniana che dànno il nome alla malattia e di quella degli altri organi di non minore importanza del cervello, le quali ci fanno vedere come sia meglio considerarla come malattia da alterata nutrizione generale piuttostochè esclusiva degli organi craniani e del loro involucro osseo membranoso.

La malattia è alcune volte ereditaria. Predomina nelle regioni in cui sono endemici il gozzo ed il cretinismo. Pare che qualche volta si siano potuti stabilire degli antecedenti sifilitici in genitori adatti per l'età e per robustezza a procreare una robusta prole. Altre volte si attribuì la causa ad inveterate abitudini alcooliche, oppure all'età avanzata dei genitori ed alla loro consanguineità.

Il sistema muscolare di questi bambini è atrofico e inattivo, il sistema nervoso è ora pochissimo impressionabile, ora eccessivamente, come pure gli organi dei sensi. La loro pelle è sottile, mal nutrita, poco elastica, pallida, poco vascolarizzata. Il sistema digerente è pur esso difettoso imperocchè anche in quelli che sono ben nutriti pare che non si faccia l'assimilazione completa delle sostanze digerite o molto difficilmente, ciò che risulta osservando la stentata nutrizione di tutto l'organismo.

Imparano tardi a parlare e la loro voce è debole; parlano di raro anche quando sarebbero già capaci di farsi intendere.

Avanzandosi nell'età si scorge sempre più la loro apatia intellettuale, la debolezza della memoria, imperocchè allora si presenta sempre più l'occasione di usare ora dell'una ora dell'altra facoltà. Il loro parlare è sempre lento, la voce cangia frequentemente di timbro ed usano quasi

sempre gli stessi vocaboli per esprimere tutte le varie loro idee quasi sempre sconnesse. Incapaci come sono di resistere a lungo coll'attenzione mentre si parla, si legge, ecc., si fanno talvolta sgridare, punire per mancanze di cui non sono per nulla colpevoli.

Il sistema muscolare anche allora è poco sviluppato sia per l'inerzia in cui lo tengono, essendo questi ragazzi nemici acerrimi di ogni fatica, parendo già stanchi solo dopo aver parlato, sia per la continuamente deficiente assimilazione come per l'inerzia del sistema nervoso e circolatorio. Stanno quasi sempre solitarii, piangono e si irritano frequentemente alla più piccola contrarietà: sono sempre melanconici ed imbronciati.

Le lesioni proprie della malattia incominciano sempre durante la vita intrauterina, se non che alcune volte acquistano rapidamente il loro completo sviluppo verso il termine della gravidanza. Ed allora oltre alla difficoltà grave che talvolta impongono alla madre che deve partorirli che può costare ad esse la vita, muoiono pure essi stessi o per la compressione grave subita dal cervello ed esercitata per mezzo del liquido cefalico dalle ossa del cranio che cercano di avvicinarsi onde adattarsi alla forma del bacino. In questo passaggio può eziandio accadere che si rompa una fontanella ed esca il liquido cerebrale, ciò che è fatto in certi casi artificialmente dall'ostetrico per effettuare il parto.

Altre volte le suddette lesioni cominciano eziandio nella vita uterina, ma lo sviluppo encefalico non è tanto grande alla nascita, sia perchè si fece lentissimamente, o perchè cominciò a farsi verso gli ultimi mesi di gravidanza. L'idrocefalo può d'allora in poi continuare a svilupparsi in modo da raggiungere in alcuni mesi una grossezza anormale. Ma questi bambini di raro oltrepassano i primi otto o dieci mesi di vita.

In altri casi lo sviluppo è più lento e si manifesta per il ritardo dello scomparire delle fontanelle, e dell'acquisto dell'attitudine a camminare, a parlare e a dare i primi segni d'intelligenza quando si cerca di divertire il bambino, di farlo ridere, ecc., e qualche volta dopo alcuni anni si arresta, o per meglio dire si fa in modo regolare e più proporzionale a tutte le altre parti del corpo. E fra questi si annoverano i casi *cosidetti* guaribili *supponendo* che la buona nutrizione, l'igiene, ecc., possano arrestare l'alterazione nutritiva del cervello e del sistema nervoso generale.

Numerosissimi sono i metodi di cura proposti e tentati da distinti pratici nella cura di questa grave malattia. Fra di essi cito l'applicazione di unguento mercuriale semplice o doppio, le frizioni colla tintura alcoolica di iodio e della pomata di ioduro di potassio: l'uso dei diuretici, dei diaforetici, dei purganti idragoghi indicati teoricamente ma privi d'effetto

pratico. Ricordo l'applicazione di vescicanti ora alla nuca ora alle apofisi mastoidee, ora nelle regioni corrispondenti alle fontanelle: la compressione eseguita con fasciature o con listerelle di cerotto di diachilon non priva di pericolo. Infine la vuotatura con un sottilissimo trequarti in modo che lo strumento non offenda il cervello e quindi fatta sulla fontanella bregmatica che è la più lontana da esso, sulla quale credo che non si debba nemmeno far perdere il tempo al lettore onde dimostrarne l'inutilità e come sia contraria ai principii terapeutici che si possono proporre considerando la natura della malattia.

I mezzi terapeutici spiegheranno tutta la loro influenza ed i loro effetti qualora la malattia resti stazionaria. Allora una buona nutrizione può aiutare il cervello a maggior sviluppo, eccitare quello del sistema nervoso tanto della vita organica quanto della vita di relazione. Un'alimentazione adatta può indurre l'apparecchio assimilatore ad aumentare la sua funzionalità, ecc.

Se si tratta di neonati le cure sono maggiori. Non si debbono mandare a nutrice nei luoghi in cui è endemico il cretinismo, nè si diano ad una donna che non sia giovane, sana, robusta e madre di figli che siano tali e se non ha il latte adatto all'età del bambino. Si lasci al medico la cura di consigliare la nutrice se e quando convenga cangiare alimentazione. E su di questo punto conviene essere rigorosissimi finchè il bambino non abbia compiuto l'anno e siano spuntati almeno otto o dieci denti. E d'allora in poi l'alimentazione deve sempre essere nutriente ed il più possibile albuminoide; scarsi gli idrocarburi essendo pochissimo assimilati dai bambini nei primi anni di vita.

La cura ricostituente da farsi sia adatta eziandio nelle sue immense variazioni alle diatesi congenite o ereditarie del bambino. Si tenga continuamente sottoposto alla sorveglianza del medico il quale deve essere consultato per tutte le indisposizioni anche apparentemente di poco rilievo che può presentare il bambino.

Si tenga il bambino, essendo possibile, quasi esclusivamente in montagna e si mandi nell'estate ai bagni di mare collo scopo di tenere ben risvegliata l'attività nutritiva del suo organismo. Si mandi tardi alla scuola, non tralasciando però a tempo e luogo tutti quei mezzi che favoriscono lo sviluppo delle sue facoltà e quindi del cervello, e non sia mai la sua cara mammina quella che lo sforzi a compiere inadatti lavori mentali. In questo modo può succedere che la malattia resti stazionaria e che il ragazzo diventi capace di dedicarsi agli studi o a qualche altra occupazione che gli faccia occupare un posto in società.

Della Ritenzione del meconio e delle anomalie principali dell'apparecchio della defecazione. — Il neonato nei primi giorni di vita deve liberare i suoi intestini dal meconio o dal rivestimento muco-epitelliare che copre ancora la mucosa del tubo digerente il quale più tardi impedirebbe l'escrezione dei sughi digestivi e la loro azione sulle sostanze alimentari, e di quella parte che già prima si è staccata e si trova sparsa qua e colà come il meconio in varie regioni dell'ultima porzione dell'intestino.

L'eliminazione di queste materie succede spontaneamente e anche allorquando i bambini non furono ancora messi al petto della nutrice e non hanno ancora succhiato il colostro, il quale è destinato a favorire questa funzione per le proprietà purgative di cui è dotato.

Il meconio rimanendo lungo tempo accumulato negli intestini senza venirne espulso si indurisce ed allora esige sforzi non comuni di defecazione che sono causa di malattie secondarie, come convulsioni, uscita di ernie, prolassi, ecc.

Per cui tutte le volte che il medico è chiamato presso un neonato il quale dieci o dodici ore dopo la nascita non cominciò ad adempire a questa funzione gli faccia applicare immediatamente qualche clistere di acqua tiepida, il quale sia abbondante e, occorrendo, ripetuto. Questa medicazione va usata tanto più prontamente se va aumentando il meteorismo molto pericoloso nei bambini di pochi giorni di vita per il grave inceppamento che ne subisce la respirazione, la cianosi ed il rallentamento della circolazione generale che ne sono la conseguenza.

Ottenuto il principale effetto coi clisteri si possono continuare, ciò che è meglio, o somministrare dei purganti leggieri lungo il giorno, come sarebbe qualche mezzo cucchiaino di sciroppo di rabarbaro onde mantenere attiva la defecazione fintantochè le feci siano diventate di color giallo.

Talvolta, sebbene di raro, la ritenzione del meconio dipende da ostacoli meccanici alla defecazione, uno dei quali è la chiusura cutanea dell'orifizio anale, la più semplice delle anomalie, ed allora prima che avvenga un imponente meteorismo si faccia colla lancetta una incisione sul luogo e posizione dell'apertura anale regolandosi anche dalla fluttuazione che si sente in detta regione. Si dovrà poi tenere aperta quest'incisione se le scariche si faranno di raro.

Talvolta esiste l'apertura anale ma l'intestino retto termina verso la sua metà con un fondo di sacco per un arresto di sviluppo. In questi casi il bambino muore sempre o per eccessivo meteorismo, per rottura intestinale, per inanizione, per cianosi, ecc. giacchè pochi chirurghi si dispon-

gono a fare le operazioni necessarie per dar corso all'uscita delle materie fecali. Ma se anche l'operazione riescisse, i bambini muoiono quasi sempre dopo di essa egualmente. Alcune volte poi tali anomalie di sviluppo sono complicate dalla mancanza dello sfintere anale. E questo controindica eziandio l'operazione.

Si pensò di stabilire un ano artifiziale nella regione colica sinistra nel punto di mezzo tra l'arcata illiaca e il bordo costale. Io però sconsiglio questa operazione più ancora dell'altra per due motivi: 1° perchè rarissimamente si salva con essa la vita dell'ammalato; 2° perchè osservai più volte nelle autopsie che i difetti di sviluppo dell'intestino retto sono quasi sempre accompagnati da un analogo difetto nel colon il quale si può considerare siccome impervio tutte le volte che apparisce in tutta la sua lunghezza simile ad un grosso nastro bernoccoluto e attraversato longitudinalmente da una fessura nella quale non potranno mai introdursi le materie fecali e scorrere in basso.

Sarebbe quindi assai meglio stabilire l'ano artifiziale corrispondentemente alla regione illiaca destra ed impegnare nella ferita l'estremità inferiore dell'ileo. Ma i risultati ottenuti fino ad ora non incoraggiano a fare tale operazione. E se pure l'ammalato guarisce, tale sua infermità da conservare per tutta la vita è così ributtante che fra il dovere rigoroso che ha il medico di conservare la vita all'infermo e la suddetta immonda malattia, insopportabile più tardi all'ammalato ed a coloro che lo circondano e le poche sofferenze che accompagnano la morte dei neonati non saprei a qual partito appigliarmi.

Per i dettagli operativi prego il lettore di rivolgersi al mio libro di anatomia e di fisiologia dei bimbi, con applicazioni pratiche (Torino 1887).

Del Frenulo della lingua e del suo taglio. — Il frenulo della lingua si osserva tanto nei bambini robusti e bene sviluppati, quanto nei gracili, deboli ed immaturi. Se nonchè, mentre nei primi è quasi sempre ampiissimo in maniera da permettere tutti i movimenti propri della lingua, negli altri talvolta è molto corto e permette solo un leggiero movimento dall'indietro in avanti e viceversa ed il sollevamento dei bordi laterali. In questi casi la lingua è anche poco sviluppata per cui anche dopo averlo soppresso il neonato non potrà allattare qualora la nutrice non possegga dei capezzoli molto grossi e lunghi, poichè la punta della lingua arriva stentatamente a toccare le labbra ed i suoi bordi non possono circondare la parte inferiore del capezzolo.

Per cui tenendo conto di queste circostanze si vede che la necessità del taglio è dimostrata nei pochi casi nei quali una lingua ben sviluppata

è frenata nei suoi movimenti da questa esile membranella in modo che essendo impossibile il succhiamento prima del suo taglio si compie immediatamente dopo averlo soppresso.

Del resto l'operazione del taglio è così innocua e così poco importante che si usa fare senza discutere, in tutti i casi in cui il frenulo è anche con minima estensione rappresentato ed in quelli nei quali sembra inutile l'operazione perchè egli tiene aderente al mascellare inferiore una lingua poco sviluppata la quale non serve al succhiamento. Perchè i neonati presso i quali si osserva questa anomalia sono piccoli di corpo, immaturi, gracili e quindi il latte va loro somministrato in altro modo del naturale. Voglio dire col cucchiaino, o mungendolo nella loro bocca anche allorquando il frenulo non ha mai esistito e fintantochè la lingua non avrà acquistato un maggior sviluppo che permetta una proporzionale funzione sia aumentata la funzionalità dei muscoli destinati al succhiamento. Il metodo operatorio subisce quindi, secondo quello che fu detto, alcune modificazioni.

Se il frenulo è molto largo, l'operazione è facilissima e basta introdurre nella bocca del neonato il dito indice della mano sinistra e innoltrarlo fra la faccia inferiore della lingua e il mascellare. In questo modo sarà sollevata, ed il frenulo teso e si godrà ancora del vantaggio di avere distintamente sotto gli occhi la località dell'operazione, per quanto sia di poca importanza, perchè colle forbici incurvate ed ottuse si possa fare il taglio senza ledere i tessuti propri della lingua. Se è corto conviene sempre usare il padiglione della sonda essendo piccolo il campo dell'operazione e quindi più facile il pericolo di incidere le arterie ranine o i canali di sbocco delle glandole salivari sottolinguali. E questo non succederà se si avrà l'avvertenza di appoggiare, durante il taglio, la punta delle forbici contro il padiglione della sonda.

Se però succedesse tale emorragia, l'applicazione di cotone preparato col percloruro di ferro o bagnato in una soluzione di una o due parti di esso per cento d'acqua, o nell'aceto forte, o l'applicazione di un pezzetto di ghiaccio basteranno a vincerla nei casi ordinari. Se questi mezzi non sono sufficienti si cauterizzano le estremità secanti delle arterie ranine col nitrato d'argento in sostanza molto affilato, oppure con un ago rovente.

Il taglio di queste arterie può avvenire durante l'operazione del frenulo se il paziente d'alcuni mesi è irrequieto, bisbetico, ecc. Mi successe in qualche caso di dover ricorrere al cloroformio per poter compiere l'operazione.

Del Labbro leporino semplice e complicato. — Prima di fare questa operazione bisogna badare al grado di robustezza o di gracilità costituzionale del bambino. Sarebbe difatti una cosa contraria al buon senso, inutile e dannosa l'accingersi ad operare un neonato il quale offrisse poche speranze di vita. In questi casi è meglio aspettare che sia aumentata la sua forza potendo benissimo operarsi il succhiamento anche con tale deformità. Se pure vi fosse la complicazione della fessura palatina converrebbe fare lo stesso, potendo, come vidi parecchie volte, una nutrice molto paziente ed affezionata alimentarlo mungendogli il latte nella bocca o porgendoglielo a cucchiaini. Ma se il bambino è robusto io sono d'opinione che trascorsa la prima settimana, quando il suo peso avrà cessato di diminuire, si possa e si debba fare l'operazione. Nel labbro leporino doppio credo essere ottima cosa il fare nello stesso tempo la doppia operazione in una stessa seduta. Se invece è complicato dalla fessura palatina si può fare dapprima quella del labbro e dopo qualche mese quella del palato. Così se il bambino non sofferse malattie che abbiano arrestato il suo sviluppo, l'apertura del palato sarà oramai più stretta e la bocca più larga per i maneggi operatorii.

CAPITOLO III.

Delle principali deformità congenite dei piedi e delle mani — Dei Piedi storti — Del Piede storto equino — Del Piede storto varo — Del Piede storto calcagno o tallone — Del Piede storto valgo — Del Piede piatto — Delle Mani storte — Dei Vizi di conformazione delle dita delle mani — Dei Vizi di conformazione delle dita dei piedi — Del Collo storto — Dei Tumori sanguigni — Della cura di queste malattie.

Dei Piedi storti. — Vi sono quattro tipi principali di questa deformità ammessi dagli autori e numerosissime varietà dipendenti dalla loro varia e reciproca combinazione o dal peggioramento subito coll'andare del tempo dalla forma appartenente ad un tipo qualunque per cui si trasformò in una varietà più o meno lontana.

I quattro principali sono il piede equino, il piede varo, il piede tallone o calcagno e il valgo che ho nominati per ordine di frequenza.

Di questi, due si possono considerare come forme semplici, gli altri come forme composte.

Si possono ritenere come forme semplici il piede equino ed il tallone perchè le deformità che presentano dipendono da deviazioni successe nel senso del movimento dell'articolazione del piede, e sono seguite e accompagnate ordinariamente da poche lesioni articolari ed ossee.

Però se non sono trascurate possono trasformarsi in una forma assai diversa dalla primitiva ed essere quindi molto più difficili per non dire impossibili da guarire.

Le altre due sono difficili da guarire fin da principio per essere assai più complicate le lesioni consecutive e complesse le cause che le hanno prodotte.

Del Piede storto equino. — Dipende dal predominio funzionale dei muscoli posteriori della gamba. Ma commetterebbe un errore grave chi credesse che siano causa di questa deviazione esclusivamente i gemelli, perchè nei casi gravi si fa la tenotomia del loro tendine e non quella degli altri muscoli. I gemelli da soli producono la varietà varo del piede equino e non il tipo essendo non solo estensori del piede ma ancora rotatori di esso in dentro ed in alto. Per cui sarebbe necessario il concorso dei peronieri laterali, per essere estensori e rotatori del bordo esterno in

senso opposto e così dalla loro unita azione, e se essa si fa di conserva, i due bordi del piede s'abbasseranno mantenendosi nello stesso piano. Lo stesso succederebbe qualora in luogo dei gemelli agissero i tibiali posteriori e i peronieri.

Donde si vede che il meccanismo di queste deformità sia più complicato di quello che sembra e come non basti il vedere i gemelli contratti, e col loro ventre ingrossato per essere autorizzati a credere che siano intervenuti essi soli a produrla. Sappiamo difatti che un muscolo del quale diminuisca la resistenza fisiologica dell'antagonista o della parte sulla quale deve funzionare va successivamente contraendosi ed accorciandosi. Per cui tagliando il tendine d'Achille ed applicando immediatamente dopo l'operazione l'apparecchio ortopedico curiamo radicalmente la deformità se per produrla concorrono specialmente i muscoli gemelli della gamba. In caso contrario si toglie solo la valida resistenza la quale si opponeva alla nuova direzione che si vuole imporre alle ossa spostate per mezzo della cura.

Ma la tenotomia non va fatta in qualunque caso e per il solo motivo che si tratta di curare un piede equino. È sempre necessaria nei casi gravi, meno nei leggieri in cui possono bastare movimenti continuati e ripetuti tutti i giorni nel senso opposto della deviazione onde accrescere la tonicità del tibiale anteriore; l'applicazione d'una scarpa ortopedica semplice la quale tenga il piede fisso ad angolo retto sulla gamba durante un certo tempo, oppure, nei lattanti, d'un bendaggio inamovibile ripetuto di quando in quando e destinato a correggere successivamente la posizione del piede e a ricondurlo nella fisiologica.

Nei casi di media gravità l'applicazione della tensione elastica sulla scarpa diretta ad innalzare la punta del piede favorisce la contrazione del tibiale anteriore. Non bisogna però metterla in esercizio immediatamente con tutta la sua forza potendo succedere delle lacerazioni di legamenti, di sinoviali, di muscoli, ecc., ma gradatamente.

Del Piede storto varo. — È il più complicato di tutti, il più difficile da curare e quello per cui tanto si perfezionò in questi ultimi tempi l'ortopedia infantile applicata a correggere le deformità delle estremità inferiori.

Il bordo interno del piede, rivolto in alto, presenta la sua concavità molto esagerata, la quale si estende attraverso la pianta fino al suo bordo esterno.

Questo poi è rivolto in basso e convesso in luogo d'essere rettilineo.

Per cui l'asse longitudinale della pianta del piede non è rettilineo,

ma si presenta secondo una curva a concavità interna. Le dita sono semiflesse.

A lungo andare, e se il ragazzo si serve di tale piede per camminare, appariscono delle borse mucose nelle regioni su di cui si appoggia al terreno; in altri luoghi delle callosità, degli ispessimenti d'epidermide e va sempre peggiorando la deformità. L'esame dello scheletro rivela in questi casi una forma convessa nella regione plantare lungo una linea che passa sopra lo scafoide, i tre cuneiformi fino al cuboide. Lo scafoide è spostato in alto ed indietro, così pure il primo cuneiforme. L'astragalo, non ostante la lunga durata della deformità ed il suo successivo peggiorarsi, non è sempre lussato completamente, ma la sua faccia articolare superiore nei casi gravi apparisce però al davanti del malleolo esterno rivolta in alto ed in fuori. La sua faccia articolata collo scafoide non è più in esatto rapporto colla corrispondente ma è rivolta ora in dentro ora in basso secondo che questo fu più o meno attratto dal tibiale posteriore e resistettero i legamenti che lo uniscono al calcagno.

Si trovano inoltre contratti i due muscoli tibiali ma in grado maggiore che nelle varietà di piede equino e di calcaneo varo. In quanto ai gemelli la predominanza è più o meno diversa secondo la forza spiegata dal tibiale anteriore.

La cura ortopedica è diretta a correggere tanto la posizione quanto la forma anormale della pianta del piede dipendente dallo spostamento delle ossa del tarso e di quelle del metatarso; e a diminuire la forza contrattile degli adduttori del piede ed a favorire quella degli abduttori. Inoltre siccome si trova quasi sempre atrofica tutta la muscolatura della gamba, conviene assoggettare questi bambini alla cura ricostituente ed appena la pianta del piede nel corso della cura sia rivolta a terra in modo che il peso del corpo gravitando su di essa possa aiutare il riacquisto della normale posizione e lo sviluppo dei muscoli, si dovrà far camminare il ragazzo avvezzandolo però lentamente e tenendo conto di tutte le contrarietà che egli accusa compiendo tale atto e non sforzandolo a far movimenti pei quali ha ripugnanza per essere dolorosi e difficili nello stato in cose in cui si trova il suo arto.

Il trattamento ortopedico propriamente detto va preceduto dalla sezione dell'aponeurosi plantare profonda e dei tendini dei due muscoli tibiali.

Queste operazioni vanno fatte in una sola seduta e devono essere seguite immediatamente dall'applicazione della scarpetta ortopedica la quale va adattata ad ogni caso pratico in questa forma di piede storto più che nelle altre. Diffatti la difficoltà maggiore che una volta si doveva superare

per correggere questa deformità non era tanto la sezione dei tendini e delle aponeurosi quanto il mettere immediatamente il piede in una posizione assai vicina a quella nella quale si deve ricondurre di mano in mano dopo la soppressione delle suddette resistenze e con una lunga cura. Oggidì la cura è assai più razionale ed efficace grazie ai progressi dell'ortopedia meccanica per i quali si ottengono dei risultati splendidissimi anche curando deformità complicate. Lo stivaletto dei tempi odierni non è più una scarpa comune articolata solo corrispondentemente all'articolazione del piede in due cerniere fisse in sostegni di ferro da adattarsi alla gamba per mezzo di coreggie graduate e di cuscinetti per impedire delle contusioni, ma è molto più complicato.

Difatti gode di tre movimenti speciali di cui uno nella direzione seguita dal piede per farsi deforme, l'altro nella direzione naturale dell'articolazione del piede. Ma questo non basta. La suola della scarpa, fatta ordinariamente di legno, è costituita da due pezzi anche articolati fra di loro corrispondentemente al luogo in cui si incide l'aponeurosi plantare per cui col movimento che le si può imprimere orizzontalmente si adatta perfettamente alla forma del piede. Colla tensione elastica o con una coreggia graduata collocata lungo il bordo esterno della suola si porta la parte anteriore del piede in senso opposto a quello della deviazione e si favoriscono gli effetti della aponeurotomia e gli si fa riacquistare gradatamente la posizione e la forma normale. Applicando inoltre una leva nel bordo esterno della suola della scarpa in vicinanza e posteriormente alla cerniera che permette i movimenti di rotazione della scarpa secondo quelli seguiti nel deformarsi del piede e sollecitandola dal basso all'alto con elastici o coreggie onde vincere la tensione dei tibiali se non furono tagliati i loro tendini e dei legamenti e favorire la contrazione degli antagonisti, si ha un altro potentissimo mezzo per correggere la deformità di cui si parla.

Mentre si fa questa cura il bambino va tenuto a letto, nutrito bene, e conviene badare che per l'azione esercitata dall'apparecchio sulle articolazioni, sui legamenti, sulle aponeurosi e sulla pelle non succedano malattie secondarie. E a questo scopo prima di applicarlo si farà sempre un bendaggio semplice sovrapponendo prima uno strato di cotone ovattato sul membro che deve portarlo. Si avvolgeranno maggiormente le regioni del piede che dovranno subire delle pressioni. E non si darà subito la tensione massima agli elastici ed alle coreggie applicate al piede, ma da principio solo quanto basta per mantenere intatti gli effetti delle operazioni fatte sui tendini e sulle aponeurosi.

L'apparecchio, ad eccezione dei movimenti particolari descritti, deve

essere costrutto il più semplicemente possibile e sotto la direzione del medico ed usando soltanto il numero di legami esclusivamente necessario, affinchè egli sia in grado di poter tener d'occhio ed esplorare le regioni del piede che possono soffrire delle pressioni anormali, essendo regola importantissima il tenerlo a posto almeno una settimana senza rimuoverlo e far questo solo quando si deve rinnovare la fasciatura sottoposta, la quale allora può venire sostituita da una calza di lana o di cotone.

Ma nello stesso modo che le deviazioni complicate dei piedi passano per diversi stadi prima di diventare tali, così la loro correzione si farà anche a gradi prima di ottenere la guarigione. Per cui un solo apparecchio talvolta non basta dovendosi adattare ad ogni grado di miglioramento ottenuto. Ma anche per il cangiamento del meccanismo occorrerà la direzione del medico non essendo sufficiente quella dell'ortopedico, imperocchè si tratterà ora di abolire dei meccanismi, ora di modificarne altri, ecc.

Dopo la correzione della deviazione il ragazzo dovrà far uso ancora per qualche mese d'un apparecchio semplice camminando onde promuovere e completare lo sviluppo dei muscoli degli arti inferiori delle ossa e dei legamenti.

Per cui la cura completa richiede un tempo assai lungo e non sempre il successo è quello desiderato dal medico; giacchè questa deformità impiega molto tempo a prodursi e allorquando ha raggiunto il suo massimo grado, le stesse disposizioni scheletriche si oppongono ad un consecutivo peggioramento.

Del Piede storto calcagno o tallone. — È una specie rarissima. Ordinariamente si associa col varo o col valgo. È prodotta dal predominio dei muscoli flessori del piede.

E siccome l'unico flessore del piede sulla gamba, che è il tibiale anteriore, è anche tensore dell'aponeurosi plantare e sollevatore del bordo interno del piede, ne avverrà che la varietà più comune del piede storto di cui si parla sarà il calcagno varo.

La cura ortopedica si faceva altre volte mediante un apparecchio speciale in cui la suola della scarpa era articolata in direzione trasversale mediante una cerniera collocata al davanti dei malleoli. Così, essendo fissa la parte posteriore della suola al piede, l'anteriore poteva essere abbassata a piacimento mediante una vite di richiamo, una coreggia graduata, un congegno elastico, ecc. Si collocava il piede nell'apparecchio fissando le corrispondenti parti anteriori e posteriori di esso alla suola col solito mezzo di coreggie graduate. Come si vede questo apparecchio era molto imperfetto perchè agiva soltanto su di una parte del piede e non su tutto

come il tibiale anteriore di cui si tratta di distruggere l'eccessiva funzionalità, per cui era impossibile che apportasse delle modificazioni nella forma e nella posizione del piede supponendo pure che fosse ben fatto e ottimamente applicato.

Un altro metodo più generalmente seguìto è di fare la tenotomia del tendine del suddetto muscolo e poscia applicare una fasciatura inamovibile la quale mantenga pel tempo più lungo possibile il piede nella massima estensione. Questa posizione viene di raro conservata dal membro a cagione della resistenza dei legamenti articolari ad onta di tutta la robustezza che le si vuol dare. Ma ciò non ostante la fasciatura impedirà sempre che il piede ritorni alla posizione primitiva dopo che fu praticata la tenotomia.

Si può sempre ripetere ove occorra, ma il più di raro possibile a meno che il bendaggio fosse inservibile allo scopo prefisso.

Un altro apparecchio sarebbe una scarpetta ortopedica simile a quella che si usa per il piede equino, alla parte posteriore della quale si applicherebbe una trazione o con una coreggia o un elastico, dopo la tenotomia onde far gradatamente abbassare la punta del piede. Nei casi gravi si può applicare una leva colla quale con una tensione minore si ottiene un molto maggior effetto. In questo modo viene favorito l'accorciamento o per meglio dire la contrazione dei muscoli posteriori della gamba.

Nel piede calcaneo varo, che è una varietà comune, si farà uso dell'apparecchio a varii sistemi articolari di cui già si disse parlando del piede storto varo.

Del Piede storto valgo. — Questa è la più rara specie dei piedi storti. Offre ancora rare varietà le quali si presentano più frequentemente del tipo per essere combinato coll'equino o col tallone a cagione della diversa resistenza opposta in ogni caso pratico da ciascheduno dei muscoli adduttori del piede.

Quindi se all'azione predominante dei peronieri laterali si unisce solo la deficienza del tibiale anteriore, il quale è adduttore del piede e rotatore del suo bordo interno in alto ed in dentro, avremo la varietà del piede valgo equino, la quale può essere aiutata nella sua formazione dalla deambulazione per la quale si appoggia sul terreno la parte anteriore ed interna del piede e il primo dito così che sarebbe favorita l'azione dei peronieri per essere spinta la parte anteriore del piede in alto ed in fuori. In questo caso non vi è la retrazione dell'aponeurosi profonda della pianta nel piede.

Se invece la insufficiente azione muscolare è dei soli gemelli, la deviazione della pianta del piede in fuori sarà minima per esser ancora contro-

bilanciata l'azione dei peronieri dai due tibiali e sarà accompagnata dalla retrazione dell'aponeurosi plantare.

Se è abolita o va diminuendo l'azione del tibiale posteriore siccome il suo tendine dopo aver oltrepassata la doccia che lo riceve, dal malleolo interno esercita la sua azione sul bordo corrispondente del piede tirandolo indietro, in alto ed in dentro in modo da avvicinare allo stesso malleolo lo scafoide sul quale si inserisce specialmente; il lungo peroniero laterale suo antagonista può produrvi l'effetto contrario ed a lungo andare il legamento laterale interno dell'articolazione del piede si rilascierà e l'astragalo, spinto in dentro, in basso ed in avanti, tenderà ad uscire dalla cavità articolare. La lussazione sarà favorita dall'essere i legamenti anteriori e posteriori dell'articolazione poco resistenti e talvolta non continui e la parte posteriore della faccia superiore dell'astragalo più stretta della anteriore.

Nel piede valgo completo, il bordo interno del piede è rivolto in basso, in alto invece l'esterno; la pianta del piede è sempre appiattita e rivolta in fuori.

Nella deambulazione il piede si appoggia ora su tutto il bordo interno, ora solo sulla parte anteriore del piede o sul malleolo interno e sul calcagno.

Nei casi gravi l'astragalo si trova lussato e collocato davanti al malleolo interno. Questa specie di piede storto non presenta degli spostamenti ossei e delle alterazioni legamentose così numerose come il piede varo in modo da cangiare come esso la forma della pianta del piede. In questo l'astragalo è di raro lussato completamente e solo dopo il successivo spostamento delle altre ossa del tarso. Nel valgo invece esse sono tenute collegate dal tendine del peroniero maggiore che dalla scanalatura del cuboide passa trasversalmente e obliquamente dall'infuori all'indietro e dall'indentro in avanti sui cuneiformi per inserirsi sulla faccia inferiore della estremità posteriore del primo metatarseo.

La sua azione non si può quindi comunicare gradatamente e coll'intermediario di varie ossa riunite fra di loro con soli legamenti come si osserva per i due tibiali allorquando producono il piede varo, ma dal primo istante in cui la deformità incomincia tutto il piede subisce un movimento complesso di rotazione in massa il quale ha presso a poco per centro il cuboide dapprima e poscia l'apice del malleolo esterno. Il cuboide durante la produzione della deformità subirà una spostamento rotatorio sul suo asse in alto ed in fuori e con esso saranno portati nello stesso senso e in quello della trazione obliqua del tendine del lungo peroniero le ossa del metatarso, i cuneiformi e lo scafoide ed infine il calcagno e l'astragalo.

Per curare il piede storto valgo si usa una scarpetta simile a quella del piede varo, senonchè l'applicazione della tensione elastica, la quale in un caso era di fuori, ora si fa di dentro. È soppressa inoltre la leva la quale agisce nel senso dei muscoli paralizzati perchè sarebbe di impaccio e l'elastico si applica invece lungo il sostegno interno legato alla gamba e sul bordo interno della suola della scarpetta ortopedica e in un punto più o meno vicino o lontano dalla punta del piede e dai malleoli, secondo che si tratterà di correggere un tipo di piede valgo perfetto od una varietà.

Il piede storto valgo è di tutte le deformità di cui si parlò fin ora la più resistente alla cura ortopedica e recidiva assai facilmente.

La tenotomia del tendine del lungo peroniero si farà tutte le volte che parranno riuscire a poco gli altri mezzi, fra i quali è di non piccolo vantaggio l'uso della corrente indotta.

Del Piede piatto. — Anche di questa varietà vi sono i casi leggieri ed i gravi. Questi dipendono sempre dalle paralisi dei muscoli adduttori ed abduttori del piede per cui scompare la concavità del bordo interno della pianta del piede dipendente dall'essere tenute sollevate a guisa d'un arco le ossa del tarso e del metatarso non solo dai muscoli ma ancora dai legamenti proprii e dal gran legamento plantare; e quindi la pressione sopportata dall'astragalo non è più trasmessa e distribuita a tutte le ossa del piede e per mezzo di esse a tutta la regione plantare, ma ad una ben limitata regione immediatamente sottoposta.

È quindi ristretta e poco solida la base di sostegno del corpo e siccome ne è parte integrante la regione anteriore della pianta del piede il bambino avrà una continua tendenza a cadere in avanti.

Inoltre le punte dei piedi non vengono portate infuori nella deambulazione ma solo dall'indietro in avanti nella direzione della flessione e della estensione e appariranno inoltre divaricate, per cui l'andatura sarà barcollante ed incerta e qualche volta dolorosa e stancante. Inoltre per tenersi in equilibrio il ragazzo dovrà ricorrere ai muscoli della coscia, e immobilizzare la colonna vertebrale onde tenere fisso il centro di gravità e limitare le oscillazioni del torace per la strettezza e l'inefficacia della base di sostegno. Un'altra causa di stanchezza e di caduta è la difficoltà che provano questi bambini nel voltarsi a destra e a sinistra durante il camminare, giacchè osserviamo che per non cadere, durante tale atto fissano dapprima sul terreno gli arti inferiori tenendoli ben rigidi con uno sforzo muscolare, poscia tendono i muscoli opportuni della colonna vertebrale verso il lato sul quale vogliono fare il movimento, rilasciando

gli altri e facendo centro, per così dire, su di un piede fanno girare l'altro unitamente al tronco finchè l'atto è compiuto. Mentre camminano, questi bambini tengono sempre le braccia allargate quasi per far equilibrio alle irregolari oscillazioni del tronco e tengono gli occhi fissi su di un dato oggetto. Per un piccolo urto od inciampo cadono a terra.

Quelli che non ostante questa deformità camminano a lungo, si lagnano dopo le passeggiate anche brevi d'un dolore che sentono verso la regione anteriore della pianta del piede dove a lungo andare compariscono poscia delle callosità che durano talvolta tutta la vita.

Quelli che sono affetti dalla forma grave, cioè che non possiedono anche nell'età adulta la necessaria resistenza per le lunghe passeggiate, il loro camminare è sempre claudicante.

Le forme leggiere sono comunissime, sebbene poco osservate. Le gravi avvengono in bambini i quali non sono sani e robusti in tutti gli altri organi.

Si osserva frequentemente in quelli aventi un grado anche leggiero di idrocefalo, per cui la scarsa nutrizione e la consecutiva deficiente funzione di alcuni speciali gruppi muscolari diretti ad una particolare azione deriverebbero dal sistema nervoso.

Per curare questa forma di deviazione più che gli apparecchi serve la cura ricostituente, la ginnastica e l'elettricità. Questi mezzi saranno tanto più utili quanto minore sarà il numero dei muscoli intervenuti a produrla, cioè quanto più il caso sarà leggiero. In questi casi vi è maggior speranza di ottenere col tempo una completa guarigione la quale manca sempre nei casi gravi. Si schivi soprattutto l'apparecchio che con un cuscinetto laterale tende a produrre artificialmente l'incavatura interna del piede. Con questi mezzi si riescirà benissimo ad agire sui movimenti del piede e di renderli regolari, e di comprimere fra di loro le ossa del tarso e del metatarso mal tenute in rapporto dai loro legamenti, ma non si riescirà ad esercitare qualche vantaggiosa modificazione funzionale sui muscoli dai quali dipende essenziamente la deformità da curare.

Non parlo degli altri apparecchi coi quali si provò ma non si riescì mai di produrre delle artifiziali vôlte plantari ora colla tensione elastica applicata nella direzione dei peronieri o dei tibiali; ora facendo piegare la suola della scarpetta ortopedica sulla sua parte anteriore con una trasversale cerniera posta davanti ai due malleoli e corrispondentemente alle articolazioni tarso-metatarsee come si è detto parlando del piede tallone. Imperocchè non basta la produzione artifiziale della vôlta del piede per curare la deformità ma è necessario aumentare la funzionalità dei muscoli e dei legamenti che a questi uffizi sono destinati. Ciò che è impossibile da otte-

nersi se la nutrizione e la funzione dei suddetti organi non è ben regolata dal sistema nervoso e da un adatto regime d'alimentazione.

Delle Mani storte. — Come affezioni congenite, sono rarissime, rare come affezioni acquisite per malattie dei muscoli o del sistema nervoso, trattandosi di bambini. Vanno curate cogli apparecchi ortopedici analoghi a quelli di cui or ora si disse, ma di forma ed effetto così diverso che è inutile la loro descrizione, giacchè ogni pratico li fa fabbricare per ogni caso in maniera diversa. Se non che si ricorrerebbe alla tenotomia soltanto in quei casi in cui tanto la tensione elastica quanto l'elettricità non abbiano prodotto gli effetti desiderati.

La ginnastica applicata a scuotere dalla loro inerzia i muscoli la cui azione è deficiente, continuata per lungo tempo, può rendere immensi vantaggi nella cura di queste malattie giacchè si impedisce con essa la continua retrazione dei legamenti. Le fasciature inamovibili col silicato di potassa o coll'amido, con le quali si colloca il membro nella posizione normale, furono utili in molti casi pratici. Lo stesso si dica di quelle costrutte con listerelle metalliche pieghevoli colle quali si riduce il membro gradatamente nella posizione fisiologica anche esagerata, in cui va tenuta a lungo, onde impedire le ricadute. Se la retrazione muscolare invase soltanto il fascio che si distribuisce al tendine d'un solo dito si può rimediare alla sua deviazione con astucci metallici fatti a guisa di ditale, anelli, ecc., sui quali occorrendo può essere applicata una forza elastica destinata a comunicare un movimento contrario.

Dei Vizi di conformazione delle dita delle mani. — La cura delle dita soprannumerarie non deve essere eguale per tutte le varie sorta di difetti. Se si trovano fuori di luogo da dover imbarazzare il movimento della mano si devono sempre correggere ma con procedimenti diversi secondo che il dito da esportare è unito semplicemente con una propagine di pelle o essendo costituito come un altro dito è riunito con una vera articolazione. Nel primo caso basta una legatura, alla base della parte da esportare, nel secondo occorre la disarticolazione. L'emorragia arteriosa conseguente è subito moderata con una soluzione di percloruro di ferro applicata con cotone, a meno che si usi direttamente il cotone preparato col percloruro di ferro chiamato a recare molti vantaggi nella chirurgia infantile. Se poi il dito soprannumerario è posto in fila come gli altri e servente allo stesso modo è meglio lasciarlo. A disarticolarlo non c'è inconveniente di sorta nè deformità, imperocchè il metacarpo corrispondente non si sviluppa più in proporzione delle altre ossa e quindi la mano avrà più tardi la sua forma quasi normale.

Le dita palmate si cureranno in modo diverso secondochè le membranelle che le uniscono sono larghe o strette. Nel primo caso si esportano completamente mediante due tagli che la limitano dalla faccia interna delle dita fino alla loro base. Nel secondo caso basta inciderle per il lungo con un taglio solo. Conviene però sempre badare che non avvengano delle aderenze cicatriziali.

Dei Vizi di conformazione delle dita dei piedi. — Anche nei piedi possono esservi delle dita soprannumerarie come abbiamo detto succedere per le mani, ma molto più di raro. Vanno sempre esportate quando sono aderenti mediante una semplice propagine di pelle ed in tutti gli altri casi in cui sono di ostacolo i movimenti dei piedi ed anche allorquando impediscono l'uso di qualsiasi calzatura.

Le membrane interdigitali dei piedi interessano la chirurgia meno di quelle delle mani, a meno che tenendo soverchiamente aderenti le dita siano anche di lieve impedimento al camminare ed alla conservazione dell'equilibrio nella posizione eretta impedendo l'allargamento delle dita che occorre quando tutta la pianta del piede o la sua parte anteriore sono appoggiate sul terreno.

Ed il metodo operatorio è identico a quello da seguirsi per le aderenze delle dita delle mani.

Del Collo storto. — Se pongo in questo capitolo la descrizione di questa malattia non è perchè io l'abbia almeno una volta veduta congenitamente, ma per l'analogia dalle lesioni anatomo-patologiche le quali producono le une e le altre deformità che si riferiscono tutte o al sistema nervoso o al muscolare. Ed inoltre perchè osservai la malattia in bambini di poche settimane di vita cogli stessi sintomi degli adulti e dipendentemente dalle identiche cause. Il lettore avrà quindi per me un benigno compatimento se crede che io l'abbia classificata fuori di posto.

Questa malattia è assai rara nei bambini. Ne vengono assaliti quasi solamente i convalescenti di qualche malattia di lunga durata, i deboli e i mal nutriti. Si osserva talvolta alcune settimane dopo la scarlattina o la difterite ed allora in pochi giorni raggiunge il suo più alto grado. Alcune volte è preceduta da convulsioni di lunga durata o molto violenti.

Gli autori che scrissero su di questo argomento la fanno dipendere, se non sempre, almeno in alcuni casi, da causa reumatica. Su di questo punto non do il mio giudizio perchè non sarebbe favorevole; giacchè credo che verificandosi per tempo queste cause e prescrivendo gli opportuni rimedii la malattia avrebbe una durata molto più breve.

Sono piuttosto d'avviso che sia causata ora da una lesione centrale,

ora periferica. Nel primo caso entrerebbe in campo qualche emorragia capillare avvenuta nel cervello, probabilmente; nel secondo un'alterazione nutritiva di qualche muscolo del collo per cui la sua funzione non facendosi più di mutuo accordo cogli altri la posizione della testa deve cangiare secondo l'azione dei muscoli funzionanti regolarmente e quindi prevalenti.

Se questa malattia dipende da causa centrale in poche ore raggiunge il suo più alto grado. Se invece la causa è periferica i sintomi che la fanno riconoscere compariscono lentamente e solo dopo alcuni mesi non si sospende il loro decorso, ed allora soltanto si potrà decidere se si abbia sotto gli occhi un caso grave o leggiero.

Facendo eccezione dell'infiammazione lenta delle articolazioni vertebrali, delle osteiti, delle periostiti e delle necrosi le quali possono in vario modo essere causa delle deviazioni della colonna cervicale, le altre alterazioni di sviluppo che le vertebre presentano dallo stesso lato sul quale si trova inclinata la testa credo che dipendano piuttosto dalla pressione non distribuita simmetricamente che subiscono i loro corpi, le faccie articolari e consecutivamente i legamenti, tanto più che sono più caratteristiche queste lesioni nei casi gravi e di lunga durata che negli altri, e se l'ossificazione delle vertebre venne ritardata da qualche malattia di lento decorso o da qualche diatesi congenita o acquisita.

I muscoli che ordinariamente prendono parte a produrre queste deformità sono lo sternocleidomastoideo ed il trapezio.

Il primo esercita la sua azione avvicinando l'apofisi mastoidea alla sua inserzione sternoclavicolare per cui il mento si porta in basso, in fuori e dalla parte opposta. Il muscolo appare sporgente, contratto e duro: sono anche più distinte del normale le sue inserzioni inferiori. I lineamenti della parte abbassata della faccia non sono più simmetrici cogli altri. La linea della bocca e dell'apertura palpebrale è spostata in basso come pure il sopracciglio della stessa parte.

Il trapezio di un lato comunicando al capo gli stessi movimenti del muscolo antecedente della parte opposta e trovandosi quello accorciato e contratto perchè venne soppressa la resistenza dell'antagonista resta difficile da stabilire a quale dei due si debba in special modo attribuire la lesione. Nè i risultati ottenuti qualche volta colla tenotomia dello sternocleidomastoideo ci debbono assicurare completamente imperciocchè mediante il suo secondario accorciamento mantenuto a lungo, si può mantenere una difettosa posizione della testa prodotta dal trapezio della parte opposta dopo essere cessata la sua paralisi.

Il minore sviluppo delle regioni della faccia corrispondenti al muscolo

contratto e tanto più dalle labbra non va attribuito all'intervento del muscolo pellicciaio nel processo morboso, ma esclusivamente all'uso limitato che fa l'ammalato di questa parte.

Il metodo di cura consiste nel taglio sottocutaneo di uno o dei due tendini inferiori dello sternocleidomastoideo il quale va preceduto da una incisione dietro il tendine con un tenotomo acuto nella quale si introduce poscia uno scalpello bottonato la cui lama va diretta dall'indietro in avanti mentre si pratica il taglio.

Ma il miglior effetto si ottiene sempre consecutivamente coll'applicazione di un apparecchio il quale va portato dall'ammalato per molti anni di seguito e applicato subito dopo aver compiuta l'operazione suddetta. Si rimetterà così la testa nella posizione normale alquanto esagerata nella quale va tenuta di giorno e di notte, e non va levato senza l'intervento del medico il quale ogni volta che lo toglie e lo rimette in epoche lontane il più possibile, esamina eziandio il risultato ottenuto.

I pochi effetti ottenuti da questa cura ortopedica dipendono dall'incostanza delle famiglie a permettere che il loro bambino porti l'apparecchio e nella arrendevolezza che dimostrano talvolta prendendo parte con troppa compiacenza e senza alcuna ragione ai lamenti del loro ammalato.

Se poi la diagnosi della paralisi d'un muscolo della parte opposta a quella della deformità fosse assolutamente fondata, è indicata la cura elettrica ed in tutti i casi quella ricostituente.

Dei Tumori sanguigni. — *Se il tumore sanguigno è diventato stazionario* può essere operato in qualunque età del bambino. È però meglio fare queste operazioni il più presto che sia possibile. Se ha molta tendenza a propagarsi tanto in superficie quanto in profondità, e se si teme la rottura della pelle che sarebbe seguita da emorragia e l'invasione di regioni importanti che ne rimarrebbero gravemente danneggiate o distrutte, e più tardi renderebbero l'operazione difficile o impossibile, si deve fare immediatamente. Si eviteranno così delle funeste conseguenze come retrazioni cicatriziali, cicatrici larghe, deformi, ecc., se il tumore risiedesse sulla faccia.

I metodi operativi che diedero sempre i migliori risultati sui bambini, sono: *la legatura* se si tratta di angiomi sporgenti sul livello della pelle; *la compressione* che solo si può effettuare qualora la superficie sottoposta al tumore sia ossea ed in generale molto resistente; *la vaccinazione* la quale serve a distrurre i tumori piccolissimi, impedendo che confluiscano tra di loro o coi più grossi in vicinanza dei quali per lo più stanno, ma disposti in modo da non poter essere curati colla legatura. Infine la galvano caustica.

CAPITOLO IV.

Di alcune malattie che presentano i bambini dopo la nascita — Dello Sclerema — Della Mastoite dei neonati — Della Secrezione lattea delle loro mammelle — D'una tumefazione che alcuni di essi presentano nella regione mediana dello sternocleidomastoideo — Dell'Idrocele dei neonati — Della cura.

Dello Sclerema. — Per molto tempo questa malattia che invade il tessuto connettivo sottocutaneo dei neonati e gli comunica a cose finite una durezza lapidea che non permette i movimenti delle articolazioni venne considerata come un semplice edema analogo a quello osservato in altre circostanze tanto nei bambini quanto negli adulti, sempre dipendente dall'infiltrazione del siero del sangue nelle areole del tessuto connettivo. Esaminando però frequentemente il neonato, e tanto più allorquando per la costituzione sua o per la malattia che soffre e per le condizioni igieniche inopportune in cui si trova, si sospetta che questa malattia, sempre seguita da esito letale, debba intervenire a chiudere il quadro morboso, si vede che è sempre preceduta da un abbassamento di temperatura delle regioni sulle quali apparisce dapprima, che sono le gambe; in seguito queste appariscono tumefatte, arrossate e dolorose al toccarle e nell'imprimer loro dei movimenti. Qualche giorno dopo che la tumefazione è stabilita il membro cominciando a diminuire di volume, diventa nello stesso tempo duro e resistente ai movimenti finchè acquista una certa rigidità che ci ricorda quella cadaverica giunta ad un massimo grado. Ordinariamente non si limita alle gambe, ma si estende nello stesso modo alle coscie e in maggior grado alle regioni posteriori che alle anteriori, poscia ai muscoli dorsali, a quelli della nuca, ed infine a quelli della faccia per cui negli ultimi istanti, in questi bambini, all'immobilità delle estremità inferiori va unita quella dei lineamenti della faccia. Alcune ore dopo la morte va risolvendosi, ma però nei neonati che presentano questa malattia non si osserva la rigidità cadaverica, per cui abbiamo delle ragioni da credere che l'un fatto sia, se non identico, almeno analogo all'altro; tanto più che alcune delle circostanze sotto le quali lo sclerema si osserva sono anche analoghe a quelle che favoriscono il succedere della rigidità cadaverica. Difatti

questa succede più presto e si fa più completa se il cadavere è tenuto in locali freddi. Avviene più presto, se l'ammalato morì di qualche malattia acuta o cronica la quale abbia esaurito per tempo le sue forze. Lo sclerema si osserva parimenti in bambini esposti al freddo, mal nutriti, o esauriti da malattie febbrili acute o croniche come sarebbe, a cagion d'esempio, la risipola, il catarro enterico grave sebbene di corta durata, ed in quelli che per la debolezza dei muscoli della faccia non poterono mai compiere il succhiamento ed in generale nei bambini immaturi apparisce per annunziare la morte, mentre va accentuandosi l'accavallamento delle ossa del cranio e la faccia va assumendo un aspetto speciale caratteristico che ricorda quello grinzoso d'un vecchio. Nella patogenesi della malattia secondo il mio modo di vedere entrano in special modo vari fattori, cioè la debolezza circolatoria che va aumentando gradatamente per le cause dette di sopra e favorendo congestioni passive o stasi capillari nelle parti declivi del corpo per cui nelle medesime non succede il ricambio dell'ossigeno coll'acido carbonico che continuamente in tali condizioni si accumula nelle suddette, alla presenza del quale si forma la paraglobina la quale fa coagulare la sostanza fibrinogena contenuta nel sangue e sparsa negli interstizi dei tessuti, e negli stravasi che succedono nelle regioni affette per l'aumentata pressione dei vasi capillari. La contrazione di volume che subisce la fibrina durante e dopo il coagulamento ci spiega la diminuzione del volume offerta dalle regioni affette da questa malattia.

Lo sclerema dei neonati non va confuso coll'algidità chiamata progressiva, la quale avviene anche dopo alcune malattie esaurienti, e che consiste solamente in edemi che compariscono alle estremità. Di questa tratterò parlando delle malattie intestinali.

La cura da farsi si deduce dalla causa della malattia. Per cui conviene tener ben scaldati questi bambini, con bottigliette piene d'acqua calda colle quali si circonda il loro corpicciuolo, si somministra il latte col cucchiaino, si applicano sul petto e sulle estremità dei cataplasmi senapati e vi si fanno dei profumi. Insomma vanno messi in uso tutti quei mezzi che valgano ad accelerarne la circolazione e a mantenere l'energia funzionale del sistema nervoso. Disgraziatamente ogni soccorso è sempre inutile.

Della Mastoite dei neonati. — Tanto questa malattia, quanto la semplice congestione delle mammelle è tutt'altro che rara nei neonati e tanto nei maschi, quanto nelle femmine. E l'una e l'altra si risolvono ordinariamente in pochi giorni per cui l'esito della suppurazione della mastoite dei neonati è cosa rara. Per questi motivi il medico viene chiamato di raro a curare questa malattia, giacchè ogni levatrice, desiderosa come è di

tenersi all'altezza della fiducia della famiglia che la richiese per l'assistenza del parto, dimostra la propria capacità prescrivendo ora un cataplasma di farina di linseme o di riso cotto oppure del cotone fenicato o preparato coll'acido borico, col quale si fa cosa assai migliore, non già per risolvere più presto la malattia, ma per impedire i suoi esiti ulteriori e per proteggere la regione ammalata e dolorosa dalle violenze esterne che possono peggiorare la sua condizione.

Non di raro la risipola dei neonati trova il punto di partenza dalla malattia delle mammelle, siano esse solamente congestionate o già affette da infiammazione. Ma assai di raro essa ha un decorso grave come quello dell'ombelico, e una grande estensione. L'ho veduta poche volte estendersi al dorso.

Le cause di questa malattia sono il più delle volte ignote, e solo di raro si può verificare un trauma che le compresse durante un'operazione ostetrica, oppure venne fatta una fasciatura troppo stretta, dato un colpo colla mano, ecc.

L'esito in suppurazione compromette di raro la funzione di questi organi dopo la pubertà. L'apparecchio ghiandolare è assai piccolo e rudimentale e il connettivo che lo circonda e protegge assai abbondante ed è nel suo seno che si svolgono esclusivamente questi processi morbosi.

L'ascesso va aperto presto e seguìto da una iniezione di sublimato corrosivo in soluzione all'uno per mille o di acido borico al due o tre per cento, poscia si medica la parte con sostanze antisettiche e in tre o quattro giorni la guarigione è compiuta se non intervengono delle complicazioni.

La risipola va curata come è detto nell'apposito paragrafo, al quale rimandiamo il gentile lettore.

Della Secrezione lattea delle mammelle dei neonati. — Questo fatto è assai più frequente della malattia antecedente ed apparisce immediatamente dopo la nascita all'osservatore per mezzo d'un turgore acuto delle mammelle, che al tatto si dimostrano calde mentre contemporaneamente sono arrossate. E talvolta senza esercitare pressione alcuna e altre volte esercitandola si favorisce l'uscita di alcune goccioline d'un liquido bianco opalescente, denso, la cui analisi chimica lo dichiara perfettamente composto di tutti gli elementi del latte muliebre, che le levatrici e le nutrici, banalmente e per puro divertimento riprovevole sotto ogni aspetto, fanno uscire spremendo l'organo sotto il capezzolo senza pure pensare che tal atto può produrre l'infiammazione del medesimo, oltre al dolore che provvisoriamente provoca.

La cura va fatta proteggendo le parti ammalate con cotone, con fasciature poco strette fino alla sua guarigione e per impedire che dopo la risoluzione della secrezione lattea avvengano le malattie di cui sopra si disse.

D'una tumefazione che alcuni neonati presentano dopo la nascita nella parte mediana dello sternocleidomastoideo. — Questa lesione è assai rara. Io stesso l'ho osservata cinque volte soltanto, di cui quattro a destra e una a sinistra. Si forma sempre lentamente e acquista il suo massimo volume alcuni giorni dopo il parto. Copre a guisa d'un tumore arrotondato la superficie esterna del muscolo e non l'interna. È alquanto doloroso verso il termine della sua formazione. La pelle che lo circonda ha il suo colore normale. La presenza di queste tumore non disturba le funzioni del muscolo in modo rilevante e in modo da renderlo doloroso durante ogni atto inspiratorio, e talvolta è così piccolo che senza un minuto esame manuale non si riconosce la sua presenza.

Avuto riguardo alla sua lenta formazione e alla sua risoluzione che sempre succede, e secondo il mio modo di vedere, sarebbe costituito da un travasamento sanguigno analogo a quello che produce il cefaloematoma; per cui la compressione o lo stiracchiamento del muscolo durante il parto potrebbero senza dubbio essere la causa di questa malattia.

La cura va fatta coprendo la regione ammalata con cataplasmi emollienti se è dolorosa, oppure con cotone antisettico anche per proteggerla opportunamente.

Dell'Idrocele dei neonati. — Se in un neonato si dissecca il cordone spermatico, poscia si taglia trasversalmente in vicinanza dell'anello inguinale la sezione superiore appare divisa in due parti. L'una, posteriore, la quale comprende l'arteria, le vene, i nervi spermatici, i vasi linfatici e il canale deferente. L'anteriore, separata dalla medesima da un dissepimento trasversale, è quella che fa comunicare la cavità che circonda il testicolo colla peritoneale, ed è appunto lungo la medesima che si insinuano le anse intestinali o il liquido peritoneale che escono dalla cavità addominale. Si può facilmente verificare la sua presenza introducendo uno specillo dalla parte inferiore. Ciò che è assai facile qualora il bambino sia affetto da idrocele.

Questa malattia non comparisce subito dopo la nascita ma ordinariamente dopo alcuni giorni e talvolta alcuni mesi dopo. Il liquido dell'idrocele può farsi rientrare nella cavità addominale più o meno facilmente secondo l'ampiezza del canale vaginale; ma in nessun caso colla facilità con

cui si spinge un'ernia. La disposizione anatomica ci spiega la complicazione di questa coll'idrocele congenito e anche la complicazione dell'ernia dopo la lunga durata dell'idrocele, e dopo la chiusura del canale vaginale. Imperciocchè questa avviene fra il testicolo e il canale inguinale per cui l'ernia inguinale, spinta fuori della cavità addominale, trovando resistenza nel fondo di sacco superiore del suddetto canale, si fa strada attraverso le sue pareti, assottigliandole e lacerandole. Per cui in questa cura è diversa la via seguita dall'ansa intestinale e non è quindi diretta nella stessa cavità costituita dall'idrocele.

L'idrocele acquisito dei bambini ha la stessa causa di quello degli adulti dipendendo da alterazioni circolatorie che aiutano l'ipersecrezione della sierosa che avvolge il testicolo.

In quanto alla cura dell'idrocele dei bambini, osservo che va vuotato tutte le volte che ha delle dimensioni esagerate. La cura radicale è indicata solamente allorquando è già chiusa la comunicazione tra la vaginale del testicolo e la cavità peritoneale. E questo fatto si riconosce facendo una puntura col trequarti ordinario e tenendo conto del tempo impiegato dal tumore a formarsi di nuovo. Se questo è assai lungo possono essere successi due fatti. Cioè può essersi chiuso completamente il canale vaginale ed il liquido fu quindi prodotto dalla sierosa del testicolo, oppure la comunicazione fra questa e il peritoneo è ridotta a minime proporzioni ed esiste ancora per cui il liquido passa ancora attraverso di essa sebbene lentamente ed in piccola quantità.

Qualunque sia la supposizione più veritiera l'operazione radicale è motivata tanto nel primo quanto nel secondo caso, imperocchè nel primo l'iniezione irritante rende la sierosa del testicolo in condizione di non più segregare il suo liquido, nel secondo l'infiammazione eccitata cagiona la chiusura del canale vaginale a livello del suo sbocco nella cavità che circonda il testicolo.

L'operazione dell'idrocele sui bambini deve farsi colle stesse norme e precauzioni osservate negli adulti. Se non che il liquido scelto non deve essere la tintura di iodio pura ma diluita con almeno la metà o l'egual peso d'alcool, oppure si usi l'alcool rettificato.

Lo scroto dei bambini affetti da questa malattia va sostenuto con un sospensorio ben adatto, tanto più grande quanto più sono tali le proporzioni del tumore. Non si tolga fintanto che si sia fatta l'operazione radicale ed ottenuti tutti i suoi effetti.

Non credo essere di grande utilità il cinto introdotto da alcuni ortopedici destinato a comprimere il canale vaginale contro il pube, onde

impedire la discesa del liquido dal peritoneo ed a produrre la sua chiusura.

L' idrocele congenito guarisce quasi sempre spontaneamente per cui saranno rari i casi nei quali occorrerà l'uso del cinto e l'operazione.

Se è complicato da un'ernia, cosa non rara, si deve ridurre dapprima l'ernia e tenerla a posto con un apparecchio elastico, il quale impedirà l'uscita di tutti e due. Si opererà più tardi l'idrocele seguendo le norme dette nel corso del presente paragrafo.

CAPITOLO V.

Delle malattie ombelicali — Delle Emorragie — Delle Ulcerazioni ombelicali, della Risipola e delle sue complicazioni — Dell'Ernia ombelicale — Cura di queste malattie.

Delle Emorragie ombelicali. — Queste avvengono alcune volte perchè fu dimenticata la legatura del cordone in quei casi in cui si dovette soccorrere il neonato che era asfittico o non fu rinnovata quella che si fece provvisoriamente. In altri casi il cordone rimase tagliato da un filo troppo sottile o da una legatura troppo stretta.

Questa emorragia si sospende alcune volte spontaneamente. Ma è sempre meglio rinnovare la legatura nel luogo e nel tempo opportuno.

Moltissimo di raro avviene, per fortuna, che per imperizia venne fatta a livello dell'ombelico e produsse il distacco della parte esterna del cordone prima della sua essiccazione e della suppurazione dei tessuti che circondano la sua inserzione. I mezzi usati allora dipendono dalla gravità del caso. Se è molto abbondante e si tratta di premunirsi contro una emorragia eccessiva, meglio è attraversare con un ago tutto lo spessore dell'ombelico e fare una forte legatura. Nei casi meno gravi si può tentare dapprima la cauterizzazione col nitrato d'argento. Qualora fosse leggiera si può applicarvi del cotone preparato al percloruro di ferro o bagnato in una soluzione di questo rimedio, oppure applicare una polvere astringente e coagulante come tannino, allume, ecc.; facendo poi sulla medicazione una fasciatura compressiva.

Delle Ulcerazioni ombelicali, della Risipola e delle sue complicazioni. — Il cordone ombelicale si stacca dal corpo del neonato a livello della pelle che circonda l'ombelico mediante un processo di infiammazione e di suppurazione. Sul punto dove pareva inserito rimane una erosione d'epidermide coperta e protetta ordinariamente da una piegatura cutanea semilunare, abbassando la quale quella diventa visibile.

L'erosione è visibile quando il punto del distacco del cordone non venne attratto nell'interno della cavità addominale ma tenuto fisso all'orifizio ombelicale della linea alba. In questi casi evidentemente è esposta al contatto degli agenti esterni e qualora la sua cura igienica sia negli-

gentata, o tenuto il bambino in un ambiente malsano pieno zeppo di emanazioni putride, può succedere, come si osserva nella gran parte dei casi, che i tessuti che la circondano si infiammino in seguito dell'assorbimento che successe per mezzo della medesima dei principii morbosi circostanti e si trasformi in un'ulcerazione col fondo grigio circondata da un cercine rosso e doloroso più o meno sollevato. La malattia può limitarsi a tale stato di cose se la cura medica giunge opportuna, se vengono migliorate le condizioni in cui vive il bambino e sufficiente la sua robustezza. L'alone rosso che circonda il cercine limitante l'ulcerazione, in caso contrario, può estendersi sulle regioni circonvicine e in poco tempo invaderle assumendo i caratteri della risipola. Ed allora comincia la febbre che in breve raggiunge i 40° C. con remissioni mattutine d'un grado all'incirca. Dalle pareti addominali anteriori invade talvolta le coscie, il torace, le regioni coliche, le lombari ed in questo caso non è raro che si formino degli ascessi lungo il suo tragitto.

Il processo morboso si propaga anche, qualche volta, secondo gli autori, per contiguità di tessuti alle regioni interne dell'addome prendendo la via del connettivo che circonda gli elementi del cordone. Per cui può essere invaso il tessuto sottoperitoneale, il peritoneo stesso, la vescica ed il fegato.

Ma queste complicazioni, secondo le mie osservazioni, vanno annoverate fra le più grandi rarità. Meno di queste sono rare le infiammazioni catarrali degli intestini e della mucosa bronchiale. Quantunque possano anche essere prodotte dalla stessa causa che cagionò la malattia principale.

I bambini affetti da questa risipola muoiono in pochi giorni di esaurimento febbrile o d'infezione purulenta o settica. Avvicinandosi l'esito letale, la loro faccia si mostra assai presto ippocratica, le grida si fanno fioche e rare, le membra, affette quasi sempre da sclerema, stanno inerti e rigide, il polso si indebolisce e si fa raro, mentre un rapido abbassamento di temperatura va invadendo l'esile corpicciuolo.

Sia che l'abrasione epidermoidale sia visibile o no, il medico deve sempre pretendere che la levatrice o chi ha il neonato in cura, la lavi sovente con una soluzione di acido borico al tre per cento o della stessa soluzione di sublimato corrosivo che serve a far le lavature vaginali alla puerpera. Poscia la parte va coperta con una medicazione antisettica fino alla completa riparazione dell'abrasione.

Ma nella maggior parte dei casi, allorquando il medico è chiamato a prestare i soccorsi dell'arte, l'abrasione si è già trasformata in un'ulcera

di cattivo aspetto, se pure non è già circondata da un alone rossastro di una certa estensione.

Allora le prime cure vanno dirette all'ambiente nel quale dimora il bambino abitualmente, pur troppo trascurate anche dalle famiglie agiate. Fra quelle che bisogna pretendere assolutamente vi è questa che non venga mai tenuto nel letto della nutrice, peggio poi se questa è la stessa madre e tanto meno se si trova affetta da qualche malattia puerperale. Il neonato va messo possibilmente in una camera separata e sorvegliata esclusivamente da persone apposite che non abbiano comunicazione alcuna colla madre.

La cura medica va diretta al focolaio morboso principale che fu la porta d'entrata dell'infezione, per cui si medicherà l'ulcerazione con iodoformio in polvere finissima o sotto forma di pomata alla dose di uno per cinque di vasellina; con acido borico in polvere o mediante lavature di una soluzione di questa nell'acqua alla dose del cinque per cento o di sublimato corrosivo all'uno per duemila, coprendo poscia la regione in qualunque caso, con un foglio di guttaperca o direttamente o mediante l'interposizione di garza o cotone antisettico.

Allorquando la risipola è estesa a tutte le pareti addominali si può circondare tutta la parte ammalata con cotone fenicato tenendolo a posto con una leggiera fasciatura; lo stesso si dica se va estendendosi al petto o alle estremità inferiori.

Le forze del bambino disgraziatamente non si possono sostenere mediante la nutrizione, giacchè è cosa molto dubbiosa che il ventricolo digerisca le piccole quantità di latte che la nutrice gli munge nella bocca o gli somministra a cucchiaini.

Il miglior modo di calmare la febbre è il mettere il bambino in un bagno a 30° C. tenendolo immerso per mezz'ora almeno due volte al giorno; così si può diminuire la temperatura qualunque sia la complicazione intervenuta.

Alcuni pratici dei tempi andati proposero di somministrare il solfato di chinina alla nutrice onde farlo assorbire col latte dal bambino ammalato; giacchè sappiamo come una parte del suddetto alcaloide viene eliminato dalle ghiandole mammarie. La cura però non sarebbe proficua e facilmente se ne trovano le ragioni per poco che ci si pensi. Il bambino affetto da una così grave malattia non prende nè punto nè poco di latte spontaneamente. Se gli viene munto in bocca o dato col cucchiaino dalla nutrice è dubbio se lo digerisca per lo stato delle vie digerenti. Il patema d'animo della nutrice diminuisce o altera la

secrezione del latte, per cui il chinino non prenderebbe più tale via per eliminarsi. Dato poi il caso che il bambino digerisca il latte e che la nutrice continui a segregarlo colle proprie mammelle, non essendo la secrezione lattea la sola via donde si elimina il chinino dall'organismo non saremmo mai certi che per ogni poppata il bambino ne riceva la dose necessaria e non un eccesso somministrandone anche un gramma al giorno alla nutrice. Per tacere poi di altre ragioni.

Piccolissime dosi di chinino possono però somministrarsi al bambino per sostenere il sistema nervoso, l'azione del cuore e combattere l'infezione generale.

Questo metodo di curare la risipola ombelicale è applicabile, facendo poche mutazioni, alla cura della risipola di altre regioni e delle altre età.

Dell'Ernia ombelicale. — Se l'apertura ombelicale della linea alba non si chiude subito dopo la retrazione degli elementi inferiori del cordone, il contenuto della cavità addominale può inoltrarsi nella medesima, spingendo avanti di sè la membrana che lo chiude per cui si produce un'ernia.

L'ernia ombelicale dei bambini ci apparisce come un tumore rotondeggiante, di varia grossezza, molle, riducibile facilmente, non doloroso, coperto dalla pelle e dal residuo della membrana embrionale primitiva che si continua col peritoneo. Essa non è mai bilobata come negli adulti perchè la vena ombelicale è inserita sul bordo destro del foro d'uscita della linea alba e coperta dal medesimo. Il suo contenuto è costituito generalmente dall'intestino tenue, qualche volta dal ventricolo o dal fegato. Di raro l'ernia ombelicale è formata complessivamente da questi tre organi.

L'ernia ombelicale congenita ordinariamente è assai più grande, contiene sempre gli intestini e dipende dall'arresto di sviluppo della parete addominale anteriore chiusa da un residuo della guaina amniotica che accompagna il cordone, al di sotto del quale esiste pure un sottile strato di gelatina di Warthon. La sua forma è qualche volta trilobata, cioè quando l'inserzione del cordone si trovava sull'apice del tumore, perchè in tal caso i suoi elementi non rimangono inseriti nel bordo dell'apertura d'uscita ma l'attraversano in parte. Quando invece il fascio degli elementi del cordone è inserito su di un lato dell'orifizio il tumore è rotondeggiante e non diviso a lobi.

Questa specie di ernia è inguaribile. Invece la guarigione dell'ernia ombelicale che si osserva dopo la nascita, avviene talvolta spontaneamente giacchè l'orifizio della linea alba possiede una tendenza naturale a chiudersi. È prudenza però che l'arte intervenga sempre coi suoi soccorsi

perchè la continua protrusione dei visceri può mantenere a lungo aperto il passaggio attraverso il quale possono uscire altre porzioni d'intestini. Per cui è sempre assai meglio curarla mediante qualche apparecchio.

È più frequente nelle femmine che nei maschi. La sua grossezza varia e può essere piccola con un'apertura ombelicale larga e viceversa. Può apparire nei primi giorni di vita del neonato come anche più tardi ed in seguito a cause meccaniche come tosse, vomiti, pianti prolungati, ecc.

Per la cura nei primi mesi di vita basta applicarvi una pallottola di cera semisferica colla convessità rivolta all'ombelico e proporzionata al suo volume ed all'apertura. Può essere sostituita da un bottone, un pezzo di sughero, ecc. Si tiene a posto con una fasciatura semplice o con listerelle di cerotto di diachilon. Per i lattanti è il cinto per eccellenza, se nonchè va cangiato frequentemente a cagione della sporcizia che si accumula sotto le listerelle del cerotto adesivo. Le mamme molto pratiche nell'adoperare l'ago possono, colla scorta dei consigli del medico, fare una piccola ventriera avente un bottone convesso corrispondente all'ombelico che serve allo stesso scopo. Questo apparecchio serve eziandio per contenere le ernie ombelicali in bambini già avanzati d'età. Se nonchè dopo alcuni mesi va rinnovato per lo sviluppo sempre crescente del corpo del bambino. Basta però farlo semplicemente di tela affinchè serva al suo uso.

I venditori di oggetti di ortopedia per tenere in sito le ernie ombelicali dei bambini, sono provvisti di apparecchi di gomma elastica, fatti a guisa di ventriera col bottone da adattarsi all'ombelico. Sono di varia dimensione, ma possono anche a cagione della loro elasticità adattarsi fino ad un certo punto allo sviluppo progrediente del ventre del bambino, mentre non ne inceppano la respirazione. Hanno delle bottoniere laterali di ricambio per cui si possono usare alcuni mesi di seguito. Si curano con essi ernie antichissime trascurate e ribelli a tutti gli altri mezzi di cura, non sporcano, si possono facilmente lavare. L'unico inconveniente inerente al loro uso è questo che non lasciano evaporare la superficie della pelle da loro coperta bagnata dal sudore, per cui affinchè non ne nascano eritemi conviene invigilare bene l'apparecchio, e applicare, dopo avere lavato con acqua tiepida o fresca, delle polveri assorbenti come di amido, di licopodio, di carbonato di calce, di ossido di zinco, ecc.

Osservai non poche volte che erano affetti da quest'ernia tutti i bambini d'una stessa famiglia dopo la nascita.

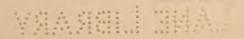
CAPITOLO VI.

Della Stomatite catarrale — Della Stomatite aftosa — Del Mughetto — Della Stomatite ulcerativa — Della Stomatite mercuriale — Della Tonsillite e della Faringite nei bambini — Dell'Ascesso retrofaringeo — Della Parotite acuta — Della Sciallorrea nei bambini — Della Dentizione — Della cura di queste malattie.

Della Stomatite catarrale. — Questa malattia accompagna sempre le altre lesioni acute o croniche della bocca e del canale intestinale, delle tonsille e della faringe. Avviene anche durante alcune malattie infettive acute come la febbre tifoidea, il morbillo, la scarlattina, ecc.

La mucosa della bocca e specialmente della lingua è arrossata, tumefatta, rugosa e secca in sul principio della malattia. In seguito avviene l'esfogliazione dell'epitelio che è accompagnata da una anormale produzione di muco, la quale diminuisce la congestione delle ghiandole mucipare. Le abrasioni epiteliali ora si osservano soltanto sui bordi e sugli apici della lingua, ora anche sulla faccia superiore sotto forma di macchie rosse ben distinte dal rimanente della superficie coperta di muco e sono leggermente approfondate. Altre volte tutta la mucosa della lingua e della bocca ne viene priva allorquando la durata della malattia principale è assai lunga e non permette la guarigione della stomatite. Durante questo periodo la bocca è molto calda ed il bambino dura fatica a fare i movimenti del succhiamento e ad ogni istante cerca il capezzolo per inumidire la bocca e calmare il bruciore che le escoriazioni gli fanno sentire.

Della Stomatite aftosa. — Questa è caratterizzata dalla formazione di vescicole circolari piccolissime la maggior parte delle volte, di raro confluenti e larghe come una lenticchia. Sono circondate da una areola più scura del tessuto circostante. Corrispondono alle sporgenze delle ghiandole mucose ed alle papille, che sono congestionate le une e le altre acutamente.

Dopo il distacco dell'epitelio che fu sollevato dall'essudato il quale riempie la vescicola, rimane dapprima un'abrasione epiteliale che più tardi può trasformarsi in un'ulcerazione che si presenta sempre coperta di un intonaco grigio molto aderente.

Queste due forme di stomatite nei neonati talvolta sono il sintomo di catarri gastroenterici acuti e lenti nelle malattie febbrili acute; si osservano anche nei bambini le nutrici dei quali soffrono ragadi ai capezzoli, od hanno del latte non adatto alla loro età; o non usano per i loro bambini i necessari riguardi di pulizia dopo il succhiamento. Altre volte accompagnano secondariamente altre malattie gravi come lo sclerema, la trombosi dei seni encefalici, l'algidità consecutiva alle malattie dell'apparecchio intestinale; osservansi ancora nei bambini affetti da atelettasia polmonare, in quelli che muoiono per vizi cardiaci, ecc.

Nei più avanzati in età, questa specie di stomatite, come la precedente, ha in parte le stesse cause, in parte cause proprie come sarebbero l'introdurre in bocca di sostanze troppo calde o troppo fredde, la presenza di denti cariati, di sostanze irritanti, acide, la dentizione, l'anormale produzione di saliva, ecc.

Del Mughetto. — È caratterizzato dalla produzione di false membrane bianchissime sparse sulle guancie, sui bordi della lingua e sulle arcate dentarie in forma di punti, linee, chiazze più o meno regolari le quali sono costituite da un parassita vegetale, *oïdium albicans*, ed invadono ora soltanto l'epitelio, ora si approfondano nelle ghiandole mucipare per cui allora appaiono molto aderenti, e poco nel primo caso. L'epitelio del rimanente della mucosa che appare non ancora invaso dalla malattia si esfoglia come nella stomatite catarrale. Quella può rimanere limitata nella cavità boccale o invadere le fauci, l'esofago, il ventricolo. Si osserva nei bambini mal tenuti dalle loro nutrici, affetti da catarro intestinale acuto o cronico, negli immaturi, ecc.

La deglutizione è, come nelle altre stomatiti, impedita e dolorosa per cui conviene mungere a questi bambini il latte nella bocca o darlo a cucchiaini: la loro voce è molto velata; talvolta col vomito rigettano degli abbondanti avanzi del parassita che costituisce la malattia col latte non ancora coagulato.

La cura di queste tre malattie si fa nello stesso modo e cogli stessi rimedi e consiste dapprima nel prevenirla togliendo i bambini dalle nutrici affette da ragadi o non aventi un latte adatto all'età del bambino, lavando a questo la bocca con una soluzione di bicarbonato di soda o con acqua di calce dopo il succhiamento per mezzo di un pennello.

Trattandosi poi di prevenire il mughetto queste cure non bastano ancora; ma conviene ricordarsi che può passare da un bambino ammalato in un bambino sano e che qualche volta la stessa nutrice è il mezzo trasmettitore se non è troppo scrupolosa nei riguardi di pulizia; cioè, per

esempio, se adopera gli stessi panni per pulire la bocca dei bambini ammalati e poi quella dei sani o lo stesso cucchiaino nel porgere all'uno ed all'altro dell'acqua zuccherata, o se dopo avere staccato dal seno il bambino che ha il mughetto, senza pulirsi, asciugarsi o cangiare mammella se ne metta un altro.

Il rimedio attivo contro queste stomatiti è il seguente, il quale è usato da molti anni nell'Ospizio dell'infanzia abbandonata con molto vantaggio:

P. Miele rosato . . . . grammi cento
Biborato di soda . . . . » cinque.

Con un pennello si spalmi tutta la bocca e le fauci di questo rimedio molte volte lungo il giorno e principalmente dopo ciascun succhiamento.

Il borato di soda può essere sostituito dal clorato di soda o di potassa o dall'acido borico.

Se il parassita avesse già invase le fauci per cui ci fosse motivo di sospettare che sia penetrato nell'esofago o stesse per estendersi nella sua mucosa se ne possono far inghiottire alcune piccole quantità.

Lo stesso collutorio può servire a curare le stomatiti dei ragazzi più avanzati nell'età. Il clorato di potassa sciolto in acqua semplice o nel decotto di china dà eziandio buoni risultati, tanto più se si inghiottisce; imperocchè la secrezione salivare riportandolo nuovamente in bocca, l'effetto continua fino alla sua completa eliminazione.

Della Stomatite ulcerativa. — Questa malattia non si osserva mai in lattanti, bensì nei bambini d'alcuni anni di vita. Tutta la mucosa della bocca appare tumefatta, edematosa e dolente; sanguina facilmente, è sparsa qua e là di una sostanza pastosa grigiastra, distaccando la quale si scoprono delle ulcerazioni le quali acquistano presto un cattivo aspetto ed hanno la forma della patina che le copriva, per cui sono ora piccole e rotonde, ora filiformi ed allungate, ora disposte ad arco sui bordi delle gengive che circondano immediatamente i denti. Questi perdono la loro fissità e cadono spontaneamente o si lasciano levare facilmente.

Il tessuto sottomucoso può essere infiltrato dall'essudato fibro-plastico ed indurito al disotto delle ulcerazioni e rimanere così qualche tempo dopo la guarigione.

L'alito di questi ragazzi è fetentissimo; la salivazione abbondante e la masticazione impossibile e anche dolorosa per non essere fermi i denti nel loro alveolo.

Le ghiandole linfatiche sottomascellari prendono parte al processo morboso infiammandosi quasi sempre lentamente, più di raro acutamente.

Non sono nemmeno rari in questa malattia gli ascessi nella cavità

boccale i quali appariscono generalmente sotto la mucosa che copre i mascellari corrispondentemente all'apertura boccale.

Gli ingorghi ghiandolari lenti sono, nei soggetti scrofolosi, per la lunga durata della malattia principale, il punto di partenza di tumori ghiandolari la cui risoluzione col tempo diventa impossibile.

I ragazzi robusti non sono mai affetti da questa malattia a meno che siano stati per lungo tempo tenuti in cattive condizioni di vitto, di vestire, di pulizia, in ambienti malsani ed abbiano sofferto malattie lunghe ed esaurienti, oppure che siansi trovati a contatto con persone affette dalla suddetta malattia.

L'enterocolite complica frequentemente la stomatite ulcerativa.

I bambini affetti da questa malattia vanno isolati per tutta la durata della medesima il più accuratamente possibile, per quel che riguarda le persone che li sorvegliano, la località ove dimorano, gli utensili che adoperano, le lingerie. Quest'è una condizione assoluta perchè la paziente cura del medico ottenga il suo effetto.

E questa va diretta dapprima alla malattia principale, poscia alle secondarie e allo stato costituzionale. Il miglior disinfettante della bocca che si possa adoperare trattandosi di bambini è il permanganato di potassa alla dose dell'uno per cento obbligando i più grandicelli a lavarsi la bocca il più spesso possibile col medesimo, o portandolo con un pennello sulle parti affette molte volte al giorno negli altri. Si proibirà l'uso degli alimenti che esigono la masticazione e si avrà cura di scegliere fra di essi i ricostituenti come il latte e le ova. Si estrarranno per tempo i denti mobili e quelli affetti da carie.

Il miglior modo da seguire per accelerare il distacco della patina grigiastra che copre le ulcerazioni è il toccarle ripetutamente col nitrato d'argento in sostanza o con un pennello intinto in una soluzione concentrata dello stesso. Appena le ulcerazioni abbiano acquistato un buon aspetto si dovrà eccitare la formazione delle granulazioni con soluzioni concentrate di acido borico, di clorato di potassa, come collutorii, e per il rilasciamento consecutivo della mucosa giova assai la tintura di mirra in acqua alla dose del quaranta per cento o di quella di china alla dose del trenta per cento.

Il decotto di china o delle piccole dosi di solfato di chinina prese durante la cura serviranno a sostenere le forze del sistema nervoso, a curare l'infezione e tanto più il primo a tenere ben regolate le vie digerenti.

Gli ingorghi ghiandolari consecutivi dopo la guarigione della malattia

principale si risolveranno in parte spontaneamente e in parte mediante l'applicazione della tintura di iodio diluita nell'alcool a parti eguali o con l'uso del sciroppo di ioduro di ferro o dell'ioduro di potassio. In quanto allo stato diatesico si guarderà se il bambino è scrofoloso, se è affetto da debolezza costituzionale, da anemia, da denutrizione, ecc. per ricorrere ai presidii terapeutici adatti.

Queste cure serviranno eziandio a moderare la tendenza agli ingorghi ghiandolari lenti, a farli risolvere, a promuoverne la guarigione degli acuti i quali sono passati in suppurazione. Tanto gli uni quanto gli altri saranno curati nel modo di cui più volte si dirà nel corso del libro.

Della Stomatite mercuriale. — Questa malattia è rarissima nei bambini anche in seguito di cure mercuriali lungamente praticate. Guarisce anche più presto e quasi sempre soltanto colla sospensione del rimedio che l'ha prodotta. È però accelerata la guarigione colla somministrazione del clorato di potassa che nell'Ospizio prescriviamo sempre sciolto nel decotto di china. Con esso in dieci o dodici giorni l'ammalato è guarito e dopo una settimana si può ricominciare la cura mercuriale ove occorra.

Lo stesso si dica della salivazione mercuriale che può anche essere prodotta da un catarro gastroenterico che nei bambini avviene più presto e più facilmente della stomatite in seguito alla somministrazione del sciroppo del Gybert anche a dosi piccolissime. La cura di essa richiede lo stesso tempo che si è impiegato a curare il catarro gastroenterico, ed avvenuta una volta la malattia per questa causa il bambino vi ricade facilmente per cause diverse.

Della Tonsillite e della Faringite nei bambini. — Avvengono quasi sempre in seguito di causa reumatica. Sebbene nei ragazzi possa essere prodotta anche dalla ingestione di sostanze troppo calde o troppo fredde, irritanti, ecc.

La febbre quando accompagna la malattia va diminuendo d'intensità verso il termine di essa. Ma di raro anche in sul principio raggiunge un grado molto elevato. Le forme catarrali sono le più comuni. Colla tonsillite catarrale vi è quasi sempre l'infiammazione della mucosa degli archi e dei pilastri del palato, dell'ugola e del palato molle. È complicata dal reumatismo dei muscoli della nuca o dello sternocleidomastoideo che negli adulti avviene già in sul principio della malattia e nei bambini segna la fine colla sua comparsa.

Le tonsille acquistano soltanto un grande volume allorquando la loro infiammazione interstiziale è seguita da un ascesso. Allora è cosa rara che siano impegnate tutte e due nel processo morboso. Questa varietà di

infiammazione in alcuni casi è preceduta dalla forma catarrale, per cui si può ammettere che dipenda dell'estendersi del processo morboso verso l'interno della ghiandola; e quindi la tonsilla continua ad essere tumefatta, rossa e diventa anche bernoccoluta.

Altre volte invece la tonsillite interstiziale comincia immediatamente a manifestarsi fin dai primi giorni coi suoi sintomi caratteristici.

La febbre non diminuisce pochi giorni dopo come nella forma catarrale, ma continua con esacerbazioni vespertine. Si riconosce la presenza del pus nella tonsilla applicando un dito nell'interno della bocca sulla tonsilla infiammata, e l'altro nella regione esterna corrispondente ad essa dietro l'angolo del mascellare inferiore.

La cura della forma catarrale consiste nel tenere il bambino in riposo nel suo letto, essendo febbricitante, applicargli dei caldi cataplasmi emollienti sul collo da rinnovarsi frequentemente e di somministrargli delle bevande mucilaginose calde onde calmare il bruciore che sente nella gola, oppure qualche cucchiaino di quando in quando di miele rosato, di sciroppo di gomma, di decotto d'orzo caldo, ecc. come involgente ed emolliente per coprire le abrasioni epiteliali, nel curargli la febbre reumatica, la quale accompagna la malattia, con bevande calde aromatiche contenenti in soluzione del salicilato di soda in sul principio a dosi proporzionate all'età, più che col chinino; la dieta sarà regolata secondo l'altezza della febbre.

Avvicinandosi la tonsillite catarrale al periodo della risoluzione e cessata la febbre si faranno gargarizzare i maggiori d'età con soluzioni di clorato di potassa in acqua e miele rosato o decotto di china, o di borato di soda nello stesso veicolo; oppure con soluzioni astringenti e toniche.

P. Acido tannico	grammi	uno
Decotto di china	»	cento
Sciroppo di cedro	»	venti

(Gargarismo).

Nei bambini che non sanno gargarizzare si farà uso del miele rosato contenente in soluzione dell'acido borico all'uno o al due per cento o del biborato di soda o del clorato di potassa, la quale verrà applicata con un pennello qualora rimangano dopo il periodo acuto delle erosioni catarrali nella mucosa tanto dell'istmo delle fauci quanto della faringe.

La tonsillite interstiziale dei bambini fin dalla prima volta in cui avviene di raro si risolve con rapidità e completamente, per cui questi organi rimangono sempre in avvenire soggetti ad altre invasioni dello stesso processo morboso. E dopo un certo numero di ricadute le tonsille rimangono ipertrofiche.

Non è però meno vero che questo può avvenire egualmente senza che sia preceduta una infiammazione e senza che si possa trovare una causa diversa dalla diatesica propria di questi ragazzi. Infatti è assai raro che quelli soggetti frequentemente alle malattie delle tonsille non presentino coll'andar del tempo qualche manifestazione d'indole scrofolosa, come sarebbe qualche ingorgo ghiandolare acuto o cronico, la tendenza ai catarri intestinali e delle vie respiratorie per causa di poca importanza, ecc.

L'ingorgo lento delle tonsille va curato nello stesso modo di quello delle ghiandole linfatiche, cioè col sciroppo di ioduro di ferro cominciando il più presto possibile, cioè appena lo permettano le vie digerenti e l'appetito se la malattia cominciò con febbre.

La tonsillite suppurativa va curata coi cataplasmi emollienti rinnovati spesso. Appena la fluttuazione sarà evidente si punga la tonsilla col bistori in modo da attraversarlo dall'avanti all'indietro nell'incertezza in cui ci troviamo sempre sulla posizione e l'estensione dell'ascesso.

Ciò fatto, ai bambini che già sanno gargarizzare si prescriveranno dei rimedi disinfettanti locali in soluzione calda, da ripetersi più o meno frequentemente secondo l'ampiezza della spaccatura fatta per aprire l'ascesso.

Dell'Ascesso retrofaringeo. — Questa malattia è molto rara nei bambini, e può avvenire tanto nella parete posteriore della faringe quanto sui lati ed è cagionata dall'infiammazione del tessuto sottomucoso. È idiopatica o consecutiva a malattie delle vertebre cervicali.

Dall'esame della regione ammalata si scorge la parete della faringe più o meno sporgente e arrossata corrispondentemente al luogo dove si forma l'ascesso.

Sono inoltre molto dolorosi i movimenti di abbassamento impressi dal medico sulla base della lingua per facilitare l'esame, tanto più se il flemone è laterale; come pure tutti i movimenti della colonna cervicale e più specialmente quelli di rotazione ed anche quelli di deglutizione. Se è dipendente da lesioni vertebrali è persino dolorosa la pressione manuale esercitata localmente in certe regioni limitate del collo. Infine può difficoltare la respirazione per l'ingombro che nella faringe impedisce l'ingresso dell'aria, perchè vengono impediti i movimenti d'innalzamento e d'abbassamento della laringe e gli altri che li accompagnano durante gli atti respiratorii, se pure qualche volta non viene direttamente compressa.

La cura da farsi consiste nello spaccare il più presto possibile dall'alto al basso il tumore qualora venga minacciata l'asfissia. Se questo non succede si deve aver sempre la cura di aprire presto l'ascesso e in un luogo declive affinchè possa vuotarsi continuamente e completamente, ciò che

assicura una rapida guarigione se la malattia non è sostenuta da una diatesi congenita o acquisita.

Nel fare l'operazione bisogna badare che il pus non prenda la via della laringe, ciò che produrrebbe un grave accesso di soffocazione accompagnato da vomito, per cui è meglio operare il bambino mentre sta seduto e fargli inclinare la testa avanti dopo l'incisione.

Il permettere che un ascesso delle tonsille o della faringe si apra spontaneamente, oltre alla maggior durata che impone alla malattia espone eziandio a questo pericolo per ovviare al quale non sempre le famiglie possiedono la calma necessaria per dare gli opportuni soccorsi, nè sempre si trova il medico in tale momento molto urgente. Per cui mentre si aspetta l'occasione di aprire l'ascesso conviene istruire la famiglia o chi assiste il bambino su di quanto conviene che facciano senza discutere se avviene il suddetto accesso.

La cura diretta alla diatesi va incominciata appena lo stato delle vie digerenti lo permetta. Si possono prescrivere dei gargarismi ai ragazzi già avanzati nell'età, ora semplicemente disinfettanti, ora tonici, ora eccitanti o astringenti secondo l'effetto richiesto. Le polverizzazioni sono meno utili, ma non da mettere del tutto nel dimenticatoio, sopratutto se il nebulizzatore spinge con forza ed il bambino accetta di tenere il tubo di vetro in mezzo ai denti per ricevere il getto nella faringe.

Della Parotite acuta. — Generalmente è epidemica, ma molte volte avviene anche sporadicamente. Altre volte è consecutiva a malattie infettive e fra di esse si osserva non tanto di raro dopo la scarlattina e la difterite, poscia dopo la febbre tifoidea. Ed allora può manifestarsi con tutta la sua imponente gravità poichè può passare a suppurazione.

I ragazzi di alcuni anni la soffrono di preferenza degli adulti. Ne vengono invasi durante la stagione piovosa o quando abitano dei luoghi oscuri, bassi, poco ventilati.

All'esame clinico si osserva una tumefazione alcune volte molto edematosa, che dalla regione della parotide si estende sulla guancia e verso il collo e la regione temporale, non dolorosa se viene compressa in queste regioni e molto di più in quella suddetta secondo l'intensità del processo flogistico. L'esito in suppurazione è assai raro.

Il processo morboso ora invade la totalità delle ghiandole, ora solamente il tessuto connettivo che lo circonda e si insinua nei suoi lobi.

Nell'Ospizio abbiamo rári casi di parotite. La curiamo applicando dei cataplasmi caldi sulla parte infiammata, somministrando in principio della malattia qualche purgante. Teniamo gli ammalati a letto quantunque

non sempre abbiano la febbre, giacchè questo ci aiuta a tenerli isolati. Essendovi febbre la curiamo col salicilato di soda o solfato di chinino, qualora sia molto intensa.

Facendosi la suppurazione apriamo il più presto possibile l'ascesso e vi facciamo una iniezione di sublimato corrosivo alla dose dell'uno per mille d'acqua. La ripetiamo la sera, per un po' di tempo. I detriti cancrenosi sono levati di mano in mano che si presentano, onde impedire tanto la pioemia quanto la setticemia ed il ritardo della riparazione. Se non si possono levare, medichiamo la piaga con iodoformio, acido borico, salicilico e difendiamo il contatto dell'aria con una fasciatura fatta col cotone fenicato o all'acido borico, garza fenicata, ecc.

Sosteniamo le forze dell'ammalato con brodi concentrati, latte durante la febbre; scomparsa questa, concediamo una più adatta nutrizione e il più presto possibile lo mandiamo alla campagna.

Della Sciallorrea dei bambini. — È una malattia assai comune la quale accompagna molte lesioni acute o croniche della bocca, come sarebbero il catarro, le afte, il mughetto, le ulcerazioni, la stomatite mercuriale, la carie dei denti, le nevralgie boccali o facciali che accompagnano la dentizione, ecc.

È pure un sintomo del catarro acuto o cronico delle vie digerenti e della dispepsia gastro-intestinale e della presenza dei vermi nel tubo enterico.

I fanciulli affetti da sciallorrea sono soggetti a lasciar penetrare nella cavità della laringe, non solo la saliva ma gli altri liquidi introdotti nella bocca, per cui tossiscono frequentemente tanto di giorno quanto di notte onde sbarazzare le loro vie aeree.

Quando la sciallorrea succede di notte il guanciale rimane bagnato dallo stillicidio di saliva che si fa dalla bocca nelle posizioni laterali del tronco durante il sonno, nel quale succede sovente che qualche goccia di saliva penetri nella laringe, per cui il ragazzo si sveglia improvvisamente e dà alcuni colpi di tosse accompagnati da spasmo dei suoi muscoli onde sbarazzarne le vie respiratorie. In seguito riprende il sonno.

Quando la secrezione della saliva è molto abbondante, riesce scarsa di sali e di elementi plastici; per cui anche colla grande perdita che se ne fa da questi ammalati, dubito non essere dessa la causa del loro dimagrimento, bensì le malattie concomitanti o quelle che la cagionarono, fra le quali ricordo l'infiammazioue acuta o cronica di una delle ghiandole salivari sottomascellari molto frequenti nei ragazzi esposti al freddo o all'umido, la quale finora fu poco osservata e talvolta scambiata per

un'adenite linfatica, quantunque in tale errore possa chicchessia essere indotto dalla presenza d'altre infiammazioni acute o croniche nelle regioni vicine del collo o della faccia.

La sua cura è quindi sottomessa a quella della malattia principale. Si badi quindi che i bambini facciano bene la masticazione, non mangino in fretta, nè parlando. Se vi sono denti cariati o non fermi nell'alveolo o dolorosi si provveda in modo adatto. Si curi poi il catarro gastrico, la stitichezza, la dispepsia, la diarrea, l'infiammazione delle ghiandole salivari sottomascellari, ecc.

I collutorii astringenti servono a nulla, nemmeno a diminuire l'eccessivo flusso salivare. Ed anche impedendo questo provvisoriamente, non si rimuove ancora la causa. Ed il movimento che si eseguisce dai muscoli della bocca in tali condizioni eccita sempre una nuova produzione di questo umore digestivo.

La cura ricostituente, ove occorra, va sempre fatta, imperocchè nei bambimi affetti da qualche diatesi bisogna approfittarsi di tutte le circostanze onde curarla.

Della Dentizione. — Appena che un bambino robusto ha oltrepassato i sei mesi di allattamento possono da un giorno all'altro apparire i due primi incisivi inferiori. Dalla loro eruzione resta quindi annunziato il cominciare della prima dentizione.

Il quale è talmente considerato con apprensione e riguardato come critico e pericoloso dalla maggior parte delle famiglie, anche educate, che i loro bambini sono assoggettati in tutta la sua durata, con un continuo timore, ad una minuta e quotidiana osservazione talvolta così esagerata che qualunque leggiera indisposizione o malattia anche di poco rilievo avvenga, viene riferita più o meno giustamente, riguardo alla causa, alla stentata o impedita o non ancor fatta dentizione. Questa credenza pare giustificata dal fatto osservato da molti distinti pratici e da me stesso, più volte, dell'eruzione di due o più denti nel decorso di una malattia acuta o in sul finire di essa sia favorevolmente, sia con esito letale.

Le malattie in cui fu osservato questo fatto più frequentemente sono la meningite acuta, la febbre tifoidea, la scarlattina, la polmonite crupale.

Il medico richiesto a visitare un bambino durante la dentizione non faccia mai questioni colla famiglia dell'ammalato sulla causa più o meno probabile della malattia da curare, e se i denti c'entrino o no come causa principale di essa. Essendo febbricitante faccia anche l'esame degli altri organi e non solo della bocca onde assicurarsi se si tratta d'una malattia intercorrente o se si debba escluderla. In questo modo si troverà in grado

di assistere bene il suo infermo e di dare ai racconti di chi lo assiste il loro giusto valore, il quale è talvolta alterato da infondati timori.

Fra i consigli da darsi vi è quello di non fare assolutamente e per nessun motivo non approvato dal medico il divezzamento totale o parziale, di non fare la vaccinazione la quale dovrebbe da alcuni mesi già essere fatta e qualunque altra operazione che si possa rimandare in un'altra occasione senza alcun pericolo, a meno che con essa si risolva uno stato morboso particolare il quale riduca l'organismo allo stato fisiologico.

Il bambino essendo tormentato durante tutto il tempo della dentizione da dolori nevralgici ora alla testa, ora alla bocca oppure nei denti o nella faccia, o negli intestini, ecc., il suo sistema nervoso si trova in uno stato di eccessiva sensibilità per cui una benchè minima causa può produrre disordini gravi di varie sorta e perfino delle convulsioni.

In quest'epoca la nutrizione della nutrice va sorvegliata molto di più, poichè oltre al giornaliero sviluppo del bambino il latte deve ancora provvedere i follicoli dentarii d'un ricco ed abbondante materiale per lo sviluppo dei denti.

Se è possibile vanno schivate, a cagione dell'iperestesia generale, e con tutta diligenza, le cause di malattia, come l'eccessivo caldo, il freddo, l'umido, le indigestioni, ecc., e se il tempo lo permette il bambino deve prendere dei bagni tiepidi, destinati a calmare il suo sistema nervoso, il più soventi possibile e tutte le volte che occorre.

Siccome la salivazione è prodotta qualche volta dallo stato irritativo delle vie digerenti, è necessario prescrivere qualche leggiero purgante affinchè non diventi eccessiva.

Sembrando poi che il bambino venga sollevato dagli atroci dolori delle nevralgie dentarie che annunziano la comparsa di un nuovo dente dalla compressione fatta sul luogo della sua emergenza, gli si potrà dare un cilindretto di legno dolce da premere fra i mascellari, oppure un anello di gomma elastica più largo dell'apertura boccale onde non vi penetri ed ecciti il vomito e dia fastidio a levarlo.

Durante l'eruzione dei denti il calore della bocca è anche aumentato, le gengive sono tumefatte, e non solo queste ma le altre parti sono arrossate, prive qua e là di epitelio, presentano inoltre delle vescicole, e queste lesioni possono anche propagarsi alla retrobocca, alle fosse nasali ed all'esofago qualora il periodo della dentizione duri eccessivamente.

Allora tanto il succhiamento quanto la deglutizione sono dolorosi.

La stomatite va curata nello stesso modo che si è detto nell'apposito paragrafo e cogli stessi rimedii, di cui bisogna far inghiottire alcune piccole

quantità se vi sono ragioni per temere che le vescicole o le abrasioni epiteliali siansi propagate nell'esofago.

Per curare le gengive tumefatte e soverchiamente dolorose, si fece la proposta di fare delle scarificazioni sul luogo ove il rossore e la tumefazione è più grande, il quale corrisponde al punto in cui il dente deve fare emergenza e da alcuni egregi colleghi vennero fatte non solo queste ma ancora delle vere incisioni in croce o parallele ai bordi dentarii o trasversali. Per mezzo di esse si ottiene ora uno sbrigliamento di tessuti che rende più libera la circolazione, ora una piccola emorragia la quale allevia le nevralgie locali e in qualunque modo facilita l'uscita del dente.

Quantunque io non abbia mai ricorso a tali mezzi nella cura della dentizione e quindi non possa dir nulla sulla loro efficacia che mi pare da discutere, tuttavia non posso far a meno di non disapprovarne l'applicazione allorquando il medico si trova sotto gli occhi un quadro imponente in cui le azioni simpatiche o riflesse ora per mezzo di convulsioni dipendenti da dolore eccessivo o da edema cerebrale, ora per mezzo d'un coma di lunga durata cagionato da esaurimento di forze manifestano la scossa che ricevette l'organismo del bambino, ancor troppo delicato perchè il medico possa essere sicuro che possieda una sufficiente resistenza per tollerarne gli effetti. Per questi motivi io sono d'avviso che qualunque sia il modo con cui si vuole fare la cura della dentizione si debba eseguirla con tutta l'attenzione possibile dopo avere escluse però le altre malattie che in quel frattempo assaliscono anche il bambino.

Per cui il medico non deve lasciarsi illudere dai racconti delle famiglie o delle persone che assistono il bambino, ma giudicare coi suoi occhi quello che succede recandosi opportunamente a visitarlo. Ed essendo i fenomeni allarmanti e non comuni deve primieramente escludere le altre cause che più ordinariamente li producono.

Essendovi la pelle urente e rossa non si fidi per somministrare il febbrifugo, ma applichi il suo termometro nell'intestino retto. Così si assicurerà moltissime volte che si tratta soltanto d'una dilatazione dei capillari cutanei e non di vera febbre. Se poi questa fosse alta non l'attribuisca alla dentizione immediatamente per non fare una compiacente eco alle voci che corrono in famiglia, ma esamini bene il suo ammalato e specialmente i polmoni, il cuore e gli organi cerebrali e pensi che essendo in questa circostanza eccessivamente sensibile il bambino viene più facilmente di altre volte assalito da qualunque malattia per cui una febbre reumatica molto allarmante e di corta durata può mettere in disperazione una famiglia.

La pretesa febbre di dentizione, la quale può dipendere tanto da reazioni vasomotorie esclusivamente o dalle infiammazioni delle gengive o della lingua o del rimanente della mucosa boccale nonchè degli intestini che l'accompagnano, non oltrepassa mai i 38°,5 C. per cui non è nemmeno indicato il febbrifugo ma solo la dieta, il riposo nell'oscurità, lungi dai rumori, in un letto ben caldo per eccitare la traspirazione, unitamente a un mezzo cucchiaio d'olio di ricino somministrato il giorno dopo.

Fra le malattie che avvengono durante il periodo della dentizione vi è il catarro intestinale con diarrea la quale ha varie cause, fra le quali ricordo l'essere molto diluite le materie contenute negli intestini o il cangiare di natura chimica del succo gastrico per la grande quantità di saliva inghiottita o perchè viene oltremodo aumentata la produzione del muco per reazione vasomotoria o dalla presenza delle sostanze indigeste. Ed in qualunque modo venga prodotta questa diarrea io sono d'opinione che va curata e l'ho sempre curata.

Quando la sua durata è troppo lunga sappiamo che ritarda l'eruzione dei denti, l'epoca in cui il bambino deve incominciare a sostenersi sulle gambe e a camminare, la chiusura delle fontanelle, lo sviluppo dell'intelligenza e altera ancora la nutrizione e lo sviluppo generale. Ciò che con altri termini si esprime dicendo che alcune volte il rachitismo incomincia col periodo della dentizione perchè le cure che le si dovevano prestare con somma attenzione le furono negate.

Per cui è anche dovere del medico di casa l'inculcare queste idee alle famiglie onde impedire dei pericoli che possono farsi gravi ed eziandio dei falsi allarmi i quali alcune volte le contristano profondamente.

Le nevralgie facciali possono calmarsi con piccole dosi di chinino o coi narcotici di cui si daranno le dosi relative nell'apposito capitolo. Gli stati congestizii del cervello vanno curati coi purganti e coi bagni freddi sul capo; le convulsioni col cloralio o col bromuro di potassio o coi bagni tiepidi ai quali si può aggiungere della senapa nera per la dilatazione capillare della pelle che ne segue dopo il suo uso, ciò che serve a fare una derivazione sul cervello, nel qual caso conviene applicare sulla testa delle pezzuole bagnate d'acqua calda, e così dicasi di tutti gli altri stati patologici dei quali si parlerà ancora nel decorso della presente Opera.

CAPITOLO VII.

Del Catarro gastrico acuto dei neonati — Dell'allattamento artifiziale — Della lavatura del ventricolo — Del Catarro di ventricolo dei bambini svezzati — Del Catarro enterico acuto dell'intestino tenue — Dell'Enterocolite acuta — Dell'Algidità consecutiva al catarro intestinale — Del Catarro intestinale cronico — Della cura dell'Enterite acuta e lenta e dell'Enteroclisma — Della Tubercolosi e della Scrofolosi enterica — Della Stitichezza dei bambini — Dell'Elmintiasi dipendente dagli ascaridi lombricoidi — Degli Ossiuri vermicolari — Del Prolasso del retto — Dell'Ernia inguinale dei bambini.

Del Catarro gastrico acuto dei neonati. — Questa malattia è molto comune fra i lattanti. Non ve ne ha quasi uno solo che non l'abbia sofferta qualche volta. Non prende mai, come negli adulti, anche dopo varie recidive, la forma cronica. Piuttosto succede che il processo morboso si propaghi negli intestini, mentre va migliorando il ventricolo, per cui insorge la diarrea.

Dura quasi sempre pochi giorni. La stitichezza che l'accompagna in sul principio della malattia dipende dalla scarsa o sospesa introduzione di alimenti negli intestini e non va sempre considerata come foriera di diarrea la quale almeno in una metà di ammalati non segue il catarro gastrico acuto, non complicato dall'enterico.

I sintomi più comuni di questa malattia sono il vomito e l'inappetenza. Il primo avviene tanto dopo il succhiamento quanto indipendentemente dal medesimo e serve ad espellere del latte, ora liquido, ora coagulato unitamente a piccoli ammassi di muco giallastro.

L'inappetenza obbliga il bambino a cercare di raro il capezzolo e più di essa la sete che viene subito soddisfatta.

Le cause del catarro gastrico acuto dei lattanti sono molteplici. La maggior parte delle volte dipendono dall'abitudine comune a tutte le nutrici, di mettere troppo frequentemente il bambino al seno, e di lasciarlo succhiare eccessive quantità di latte.

Altre nutrici segregano un latte povero di principii nutritivi come è quello segregato dalle mammelle di donne incinte, mestruate durante l'allattamento, o che soffersero delle metrorragie, o sono dotate di un carattere irritabile; male nutrite, avanzate di età, oppure non posseggono

un latte adatto all'età del bambino o alternarono troppo presto la sua somministrazione colle pappe di grano, o con altri alimenti.

Altre cause vanno cercate nel poco o niente igienico ambiente nel quale dimorano i bambini, non ventilato, nè spazioso; ma umido e oscuro, abitato continuamente da molte persone; e infine nella maniera di coprirli, non sempre adatta alla stagione.

Dell'allattamento artifiziale. — L'allattamento artifiziale in tutte le sue varie forme è una causa comunissima e continua del catarro gastrico dei bambini, e tanto nelle grandi città quanto nelle campagne dà un grande contingente di mortalità, tanto quando è bene inteso e meglio eseguito, peggio poi nel caso contrario. Le stesse famiglie, disturbate dal loro pianto, obbligano la nutrice di porgere loro il seno o del nuovo latte di vacca senza pur pensare che il pianto può dipendere da coliche intestinali, da difficoltà nel vuotar l'alvo, dall'essere il bambino imbrattato di feci o bagnato di orina o per altri motivi. E non pensano mai che non ha ancora digerito il pasto precedente.

E poichè siamo sull'argomento permetta l'egregio lettore che ne dica qualche cosa.

L'allattamento artifiziale deve sempre essere fatto col latte di vacca spannato, somministrato alla temperatura compresa fra i 37° e i 38° C., coll'aggiunta d'un pizzico di zucchero e di bicarbonato di soda; fino all'età di due mesi non è prudenza oltrepassare i sessanta grammi se il bambino è gracile, aggiungendovi però dell'acqua in quantità varia secondo l'appetito dimostrato dal bambino nel pasto antecedente o secondo il tempo trascorso dal medesimo il quale non deve essere maggiore di tre ore, nè minore di due ore e mezzo. Di mano in mano che il bambino si sviluppa di più si aumenta la quantità del latte fino ai cento grammi per ogni volta verso il finire dei quattro mesi, aggiungendovi anche allora il terzo, il quarto o la metà di acqua secondo le condizioni dette di sopra e fissando l'intervallo fra i pasti a tre ore almeno essendo il bambino gracile. Si andrà così aumentando in proporzione dell'età e dello sviluppo fintantochè si possa ricorrere ad un'alimentazione mista.

Ai bambini di pochi mesi si deve sempre somministrare il latte con una poppaiola nella quale ogni nutrice dovrebbe versare solamente la quantità di latte da offrirsi ad ogni volta. Così si avvezza a tenerla ben pulita. A quelli di alcuni mesi si può porgerlo con un cucchiaino, qualora si veda che i muscoli della loro faccia sieno già capaci di compiere il movimento adatto.

In generale la quantità del latte deve essere regolata dal grado di

funzionalità del ventricolo e dello sviluppo del bambino, e i fatti materiali che bisogna mettere sotto gli occhi delle nutrici perchè servano loro di regola sono i seguenti: il lattante che gode di un'ottima salute fa i sonni regolarmente e a tempo fisso o quasi fisso; le scariche alvine di color giallo d'oro succedono al mattino o alla sera quasi sempre alla stessa ora, le feci sono pastose e rimangono formate, non diventano mai verdi al contatto delle orine, nè contengono dei grumi di latte, e non dànno odore acido, ma il loro proprio che non si può descrivere. Naturalmente il peso da farsi con una bilancia a sospensione inferiore darà dei criteri indiscutibili positivi e sicuri più che le belle o le mediocri apparenze del lattante.

Donde si vede come sia più affare di osservazione quotidiana e molto minuta la nutrizione d'un bambino, imperocchè si misura la lunghezza dell'intervallo fra una poppata e l'altra dalla quantità del latte succhiato l'ultima volta, che una nutrice anche poco oculata sa sempre distinguere tanto più che, come ho detto, il bambino succhia sempre delle eccessive quantità di latte. Più volte pesai dopo tale atto dei neonati e vidi che il peso era aumentato alcune volte fino a duecento grammi, altre solo fino a ottanta o solo a trenta, ma vidi sempre numeri crescenti sia fra di loro quanto facendo la somma dei diversi pesi ottenuti in un giorno e paragonando il totale allo sviluppo medio quotidiano.

Ma torniamo, con buona venia del lettore, al catarro gastrico di cui debbo ancora parlare della cura. Per la quale si incominci a secondare l'istintiva ripugnanza che il bambino sente per il nutrimento e quindi non va forzato a prenderne. La dieta d'astinenza d'alcune ore o d'un giorno può bastare a ottenere la guarigione completa e impedire delle complicazioni intestinali.

Per moderare il vomito e la sete qualora l'uno stanchi l'ammalato e l'altra sia molesta si somministra di quando in quando qualche cucchiaino d'una soluzione di bicarbonato di soda alla dose dell'uno per centocinquanta d'acqua.

Nei lattanti d'alcuni mesi, ove questa non bastasse, si aggiunga alla soluzione qualche goccia di acqua di mandorle amare o alcuni centigrammi di estratto di giusquiamo.

Con queste cure e coll'allontanamento di tutte le cause della malattia già fatta dapprima la gastrite catarrale acuta dei bambini lattanti deve guarire.

Della lavatura del ventricolo. — Se dopo due giorni non avviene nessun miglioramento si ricorra alla lavatura del ventricolo, prima che

avvenga la diarrea sia collo scopo di prevenirla quanto perchè la sua complicazione controindicherebbe l'operazione. Ordinariamente basta farla tre volte ed il suo successo è sempre completo. Nell'Ospizio la facciamo sempre nel mattino e due ore dopo l'ultima poppata del bambino.

Prima di fare l'operazione si prepari una soluzione di bicarbonato di soda nell'acqua alla dose di uno o due grammi per cinquecento, alla temperatura di 37° o 38° C. L'apparecchio che si adopera è costituito da quattro parti: una sonda di Nelaton di cui conviene avere molte dimensioni; un tubo di vetro lungo dodici o quindici centimetri unito ad esso e ad un altro di gomma elastica l'altra estremità del quale si unisce alla estremità affilata d'un piccolo imbuto di vetro oppure di metallo.

S'introduca, per cominciare l'operazione, la sonda di Nelaton nella faringe del bambino. I movimenti di deglutizione eccitati dalla sua presenza basteranno a spingerla nell'esofago e ventricolo per cui non basterà far altro che secondare la sua discesa. Penetrata nel ventricolo succederanno dei conati di vomito, ed allora abbassando l'imbuto verso un recipiente raccoglitore usciranno dei grumi di latte e del muco giallastro. Se ciò non succede immediatamente si aspetti qualche minuto e poi si innalzi di nuovo l'imbuto e vi si versi dell'acqua alcalina a piccole dosi fintantochè si veda ascendere la colonna liquida contenente i grumi di latte rappreso attraverso il tubo di vetro. Allora si abbassi di nuovo per favorire l'effetto del vomito. Per assicurarsi poi che sia uscito tutto il contenuto gastrico e che l'orifizio della sonda non rimanga applicato contro la parete del ventricolo, e chiusa si faccia girare in varii sensi e si innalzi e si abbassi colle stesse dita della mano sinistra che servono per tenerla fissata vicino alla bocca del bambino.

Vuotato il ventricolo se ne faccia la pulitura alzando l'imbuto e versandovi di nuovo dell'acqua alcalina fintantochè avvenga di nuovo il vomito. Abbassando allora l'imbuto ne uscirà un liquido limpidissimo. E la lavatura sarà fatta.

Per eseguire bene l'operazione occorrono tre persone: 1° Il medico curante che deve tenere la sonda a posto con due dita della mano sinistra in vicinanza della bocca del paziente mentre colla destra tiene in mano l'imbuto pronto ad alzarlo o ad abbassarlo secondo il bisogno; 2° Un aiutante che sia pronto ad ogni momento a versare l'acqua alcalina nell'imbuto; 3° Un altro aiutante, che può essere la stessa nutrice o la madre del lattante, è incaricato di tenerlo fermo dopo averlo fasciato.

Dopo l'operazione si lasci il bambino in riposo per circa un'ora e poi si metta al petto della nutrice.

Appena si manifesti la diarrea si sospendano le sedute operative susseguenti.

Non potendosi fare le lavature, giacchè talora le famiglie non vi acconsentono, si insista cogli alcalini, e nel mettere di raro e per minor tempo del solito il bambino al capezzolo, si dia qualche purgante leggiero di olio di olivo, di mandorle, onde combattere la stitichezza. A quelli di alcuni mesi di vita si può anche somministrare il calomelano oppure l'olio di ricino nelle dosi e nel modo che saranno esposti nell'ultimo capitolo onde vuotare ad un tempo il ventricolo e gli intestini. Se poi incominciasse la diarrea il purgante sarebbe eziandio molto vantaggioso.

Del Catarro di ventricolo dei bambini svezzati. — Il catarro di ventricolo dei bambini già svezzati dall'allattamento si presenta e si cura presso a poco come quello degli adulti, dipendendo quasi sempre anch'esso da indigestione. Si daranno da principio dei purganti evacuanti come olio di ricino, calomelano a vapore, qualche gramma di magnesia calcinata onde vuotare ventricolo ed intestino di ciò che il vomito, il quale avviene sempre in sul principio della malattia, non potè espellere; si terrà a dieta l'ammalato concedendogli solo leggerissime minestrine fatte al brodo di carne; si somministrerà inoltre una soluzione di bicarbonato di soda alla dose di tre per cinquecento grammi di acqua da prendersi a cucchiai lungo il giorno, oppure dell'acqua di Vichy o di Vals.

Si pretenda inoltre che i ragazzi soggetti a catarro di ventricolo siano ben regolati nei loro pasti, ciò che si osserva di raro; che mangino adagio e mastichino bene, il loro pane sia sempre raffermo, non fresco affinchè prendano per tempo l'abitudine di masticare e non ne mangino troppo. Lo stesso si dica degli amilacei. Non si conceda loro in modo eccessivo della frutta, nè della verdura, nè delle sostanze acide, nè dolci, giacchè queste sono le cause più comuni della malattia in discorso e della diarrea catarrale che ne è poi la conseguenza, ed infine l'alimentazione sempre va adattata allo sviluppo dei loro denti.

Del Catarro enterico acuto dell'intestino tenue. — Il catarro dell'intestino tenue segue quasi sempre quello del ventricolo o per la diffusione dall'una all'altra mucosa del processo morboso o perchè le sostanze indigeste e gli umori digestivi alterati che irritano le vie intestinali e ne producono l'infiammazione non furono completamente eliminati col vomito o per mezzo d'un purgante. Però in moltissimi casi si potè anche verificare che non si poterono allontanare immediatamente tutte le cause della malattia che la precedette le quali agirono così per lungo tempo e con una grande intensità producendo un effetto di gran lunga maggiore.

E mentre il catarro gastrico opportunamente curato guarisce anche spontaneamente, come nella maggior parte dei casi e in pochissimi giorni, l'enterico continua il suo decorso. E se la durata del primo fosse stata brevissima ed esclusa dall'osservazione del medico o perchè la sintomatologia era così poco manifesta che non parve nemmeno importante agli occhi dei parenti ci sarebbero apparentemente delle prove le quali dimostrano qualmente l'enterite possa avvenire da sola, cioè senza essere preceduta da gastrite catarrale.

Il bambino che ne è affetto piange frequentemente perchè soffre dei dolori di ventre i quali avvengono a un tratto e non sono sempre seguiti da scariche alvine. La loro intensità è molto variabile. Se sono piuttosto leggieri il viso diventa soltanto pallido, la respirazione stentata e talvolta sospesa per qualche minuto come se così facendo il dolore diventasse assai minore: se invece sono violenti egli si agiterà sul dorso, piegherà le coscie sul ventre quasi come se volesse comprimerlo, e griderà fortemente. Cessato poi l'accesso che può avere varia durata giacerà nel suo letto stanco, abbattuto e pallido.

Il ventre è meteorico, resistente e doloroso ad una forte pressione. Gli accessi avvengono quasi sempre di notte, cioè nell'epoca in cui si fa la digestione intestinale; più di raro lungo il giorno.

L'esercitare leggiere fregazioni colla mano sul ventre del bambino diminuisce d'assai il dolore. Le materie fecali sono di reazione alcalina, contengono grumi di latte coagulato, del muco filante e denso simile ad albumina: il resto è di color giallo. Nei maggiori di età contengono eziandio dei detriti d'alimenti.

Gli acidi contenuti nell'orina la quale viene emessa durante la defecazione dànno ad una parte delle materie fecali il color verde per la trasformazione che subiscono alcuni principii della bile che contengono ed il loro muco è quello che viene colorato di preferenza. Così che ispezionando la lingeria che avviluppava il bambino si osserva una sostanza pastosa di color giallo chiaro mescolata con muco grigio e verde, qualche volta con coaguli sanguigni ed infine dei piccoli coaguli di caseina.

Dell'Enterocolite acuta. — L'infiammazione del crasso segue non di raro il decorso di quello del tenue ma la maggior parte delle volte avviene idiopaticamente. Complica talvolta altre malattie acute o croniche infettive o no per cui è prodotta da uno sterminato numero di cause.

Si osserva frequentemente nei bambini che abitano luoghi umidi o malsani, non aerati, nè opportunamente ventilati; accumulati, per così dire, in un numero più grande di quello che possono comportare i locali degli

ospizi, dei brefotrofii nei quali, talora, è endemica in alcune epoche dell'anno, e per limitare la sua invasione fin dal principio pare che sia di grande utilità isolare immediatamente fino alla completa guarigione i bambini che per i primi ne vengono affetti.

I calori eccessivi sono anche una potente causa di questa malattia sia per la proprietà che hanno di eccitare lo sviluppo dei miasmi d'ogni natura, sia per la difficile digestione che obbliga a fare i bambini e le nutrici nel tempo stesso e per l'aumentata funzione epatica la quale in parte surroga quella respiratoria non più compiuta intieramente da un'aria più rarefatta del solito che è quella di ossidare gli idrocarburi in eccesso, per cui questi vengono eliminati per vie diverse della respiratoria, tanto più che questa e la cardiaca sono del pari indebolite durante i calori estivi.

Si aggiunga il soverchio uso delle frutta, preferite a ogni altro alimento, anche dalle nutrici, le quali oltre a diluire eccessivamente il latte, agiscono ancora su di esse e sul lattante come lassativi.

Infine l'invasione della malattia è favorita dalla poca cura delle nutrici, e tanto più quando lasciano il loro bambino bagnato a lungo d'orina, imbrattato di materie fecali, mal difesi dal freddo, ecc.

L'enterocolite è accompagnata non tanto di rado da febbre la cui durata può estendersi fino ai dodici o quindici giorni. Ed in qualunque caso è sempre grandissima la prostrazione di forze del bambino.

Il ventre è sempre più meteorico e teso di quello che si osserva nell'enterite dell'intestino tenue. Le scariche sono frequentissime e meno abbondanti; precedute da borborigmi e da coliche di breve durata e dopo ognuna di esse l'ammalato gode un breve istante di tranquillità. I pruriti ed il tenesmo non mancano mai. L'orifizio anale si trova come la mucosa del retto escoriata e talvolta ulcerata per l'azione irritante delle sostanze che lo attraversano, di reazione acida, e per la propagazione dell'infiammazione da una regione all'altra. Un eritema partendo dalla suddetta regione si estende alle natiche, alle coscie, alle gambe fino ai malleoli e ai calcagni ciò che si osserva sopratutto nei lattanti e che dipende in parte dalla durata del processo morboso, in parte dalla debolezza circolatoria di queste regioni sempre fredde e bagnate.

Per lo stesso motivo nelle regioni dei calcagni e dei malleoli non di raro appariscono delle abrasioni d'epidermide che in breve si approfondano e si convertono in ulcerazioni che disseccano la pelle dei tessuti profondi e possono estendersi fino al periostio. E queste anche dopo la guarigione della malattia principale impiegano molto tempo a ripararsi.

L'enterocolite che avviene durante il calore estivo si presenta talvolta

con sintomi molto allarmanti i quali ci ricordano quelli del colèra indiano.

Le scariche le quali prima erano verdi ora diventano grigie e molto sierose e puzzolenti in sul principio della malattia perchè è sospesa fin d'allora la secrezione biliare; si succedono frequentemente e con grande abbondanza. In poche ore il bambino diventa dimagrito, la sua pelle conserva la piega sollevata dalle dita del medico e va gradatamente raffreddandosi; la faccia si fa cianotica ed ippocratica; la voce diventa velata e va successivamente perdendo di forza. Infine avviene il vomito con cui si rimettono delle sostanze aquose e inodore ed i crampi dolorosissimi alle gambe ed alle braccia i quali precedono quasi sempre la morte.

I neonati nei quali l'enterocolite prende queste forme muoiono tutti indistintamente imperocchè nemmeno coi bagni caldi prolungati, nè coi senapismi si riesce ad eccitare la funzione del loro sistema nervoso e circolatorio essendo diventati inattivi i tessuti e troppo denso il sangue per poter circolare a cagione della eccessiva e troppo rapida sottrazione dell'acqua che con loro era combinata chimicamente.

Quelli che presentano maggior tendenza alla guarigione sono i più avanzati d'età perchè il loro organismo è assai più resistente e la malattia non si presenta mai con sintomi così gravi. In questi però la malattia lascia una convalescenza molto stentata perchè l'appetito e la digestione tardano molto a ritornare ed il sistema nervoso e circolatorio funzionano molto debolmente. Inoltre può venire interrotta da altri processi morbosi secondarii la cui gravità dipende sempre dalle condizioni anormali in cui si trova l'organismo.

L'enterocolite cronica propriamente detta non si osserva nei lattanti nel modo con cui si manifesta negli adulti e in bambini di altre età, ma consta di parecchie ricadute consecutive alternate da miglioramenti.

Dell'Algidità consecutiva al catarro intestinale. — Quella che è cagionata dall'enterite acuta in piccolo rappresenta la sintomatologia secondaria alla diarrea del colèra infantile. Le estremità sono fredde e immobili, dimagrite, senza esser arrossate, nè tumefatte, nè dolorose; la voce del bambino è molto velata, lo sguardo suo manca di vivacità, la respirazione è molto superficiale, le fontanelle tutte sono abbassate e pulsano debolissimamente. Gli occhi sono infossati, le guancie spianate, il naso sottile. Questa forma di algidità, che è comune in altre malattie delle quali è conseguenza la debolezza nervosa e circolatoria, viene ad accessi ed alcune volte appunto nell'epoca del giorno in cui l'aumento della temperatura è massimo e dura alcune ore di seguito, altre volte quando si

formano più abbondanti e frequenti le scariche alvine ed è guaribile e cessa di mostrarsi di mano in mano che va migliorando il catarro enterico dal quale dipende ed è quasi esclusiva dei bambini gracili o immaturi.

Un'altra forma di algidità si osserva durante il catarro intestinale cronico.

In questa l'abbassata temperatura delle estremità è accompagnata dalla comparsa di edemi i quali dopo aver invase le gambe si estendono alle estremità superiori. Sono per lo più leggieri per cui in pochi giorni scompaiono per poco che migliori la malattia principale e lo stato generale del bambino. Compariscono poi di nuovo dopo un'avvenuta riacutizzazione del processo morboso. Sono anche accompagnati da debolezza organica generale, quindi da debolezza cardiaca e respiratoria, da mancanza dell'appetito o dall'impossibilità del succhiamento, ecc., per cui il latte si deve somministrare a cucchiaini o mungersi in bocca all'ammalato.

Dopo gli opportuni soccorsi, di cui si dirà fra breve, il freddo delle estremità scomparisce ma non gli edemi per la risoluzione dei quali occorre un miglioramento dello stato generale.

Questo complesso di sintomi descritti da alcuni autori sotto il titolo di *algidità progressiva*, per la tendenza ad invadere il corpo che hanno gli edemi nei casi gravi, è considerato da altri come *sclerema*.

Noi non possiamo essere di parere eguale perchè riconosciamo delle differenze caratteristiche fra l'una e l'altra di queste malattie. Imperocchè lo sclerema guarisce rarissimamente o mai, per meglio dire, e l'algidità progressiva guarisce tutte le volte che si riesce di migliorare lo stato generale del bambino. Inoltre le estremità affette dallo sclerema sono di durezza lapidea, stecchite, immobili nelle articolazioni, invase d'un freddo quasi cadaverico, mentre in principio della malattia sono di colore rosso oscuro e tumefatte. Il suo decorso è molto più rapido perchè dura pochi giorni. L'algidità progressiva ha un andamento più lento, talvolta lungo quanto la cura da prestarsi al catarro intestinale cronico e solo breve quando si estende con più grande rapidità ad altre parti del corpo. Infine lo sclerema è anche comune ad altre malattie mentre l'algidità progressiva si osserva solo nel catarro intestinale cronico.

L'unico carattere che pone dell'analogia è questa che lo sclerema è sempre preceduto dall'algidità.

Donde si vede che fra queste due malattie secondarie vi sono differenze e caratteri che se non si possono chiamar opposti assolutamente sono innegabilmente diversi.

In quanto alla cura osservo come la parte igienica dipende dalle cause

alle quali fu esposto il bambino o sotto l'influenza delle quali giace quasi sempre, per cui trovatele, il medico deve provvedere immediatamente per impedire il continuare del loro effetto.

In sul principio la cura terapeutica somiglia assai a quella di cui già si parlò trattando del catarro gastrico allorquando si vuol non soltanto sbarazzare il ventricolo dalle sostanze indigeste, ma impedire il loro effetto irritante sulla mucosa intestinale.

Difatti un purgante anche leggiero, come un mezzo o un intiero cucchiaino d'olio di ricino o una piccola dose di calomelano somministrati dopo la prima scarica diarroica oppure non appena diminuisce l'appetito del bambino, non di raro riesce ad impedire l'ulteriore progresso della malattia unitamente alla dieta d'astinenza.

Se il catarro enterico dipendesse da causa reumatica di cui, come il lettore sa, vi sono molteplici forme, sarebbe indicata la cura diaforetica tenendo il bambino a letto per alcuni giorni, coi piedi circondati da bottiglie di acqua calda e somministrando degli infusi aromatici caldi.

Una fascia di lana applicata sul ventre può abbreviare di alcuni giorni la malattia o diminuirne l'intensità se il bambino già avanzato in età abita ordinariamente in luoghi malsani, o umidi o troppo ventilati.

La cura idroterapica, i bagni di mare ed il massaggio sono utilissimi per i bambini soggetti ai catarri intestinali tutte le volte che le vicende climateriche subiscono delle variazioni per le quali viene disturbato l'equilibrio funzionale esistente fra la pelle e la mucosa intestinale e le altre mucose in generale.

Se la malattia comincia con febbre, siccome questa raggiunge in breve l'altezza di 40° C., e perdura nella medesima tutte le sere per alcuni giorni di seguito con remissioni mattutine molto leggiere, è assolutamente necessario che il medico la curi fin dai primi giorni con energia o coi bagni a 30° C., col chinino o col salicilato di soda il quale, oltre a diminuire la temperatura, influisce eziandio sulla natura della malattia, se è reumatica, e sulla diarrea disinfettando leggiermente il contenuto intestinale.

Per calmare i dolori intestinali molto violenti talvolta sono assai utili i cataplasmi caldi e rinnovati spesso intrisi d'olio di giusquiamo o di belladonna coi quali si possono anche esercitare delle leggiere fregazioni sul ventre.

Siccome in qualunque caso il bambino soffre una sete più o meno viva gli si somministrerà a cucchiaini una soluzione di bicarbonato di soda alla dose dell'uno per centocinquanta, ai più grandi a cucchiai aumentando la dose del sale e del solvente in modo opportuno. La quale

soluzione può essere surrogata molto efficacemente coll'acqua di Vichy o di Vals.

Il decotto bianco del Sydenham unitamente al magistero di bismuto per quanto sia considerato da alcuni moderni come rimedio inutile, perchè antico, e da altri come preparato antichimico, è assai efficace per curare la diarrea dei bambini. Le proporzioni con cui l'uno va sospeso nell'altro sono di quaranta centigrammi per cento per i lattanti dell'età d'un anno, per i maggiori d'età il bismuto si può anche prescrivere alla dose di un gramma: da somministrare agli uni e agli altri un cucchiaino ogni due o tre ore o due cucchiaini per volta secondo le varie età. Si può anche sospendere il bismuto nell'acqua di calce alla stessa dose del decotto bianco.

Il sottonitrato di bismuto si può anche somministrare in cartine di cinque o dieci centigrammi caduna, secondo l'età, e con ostie o un cucchiaino di sciroppo di gomma o semplice o aromatizzato.

Nel decorso dell'enterite acuta appariscono nella bocca delle erosioni epiteliali, delle afte, delle vescicole, comuni tanto ai lattanti quanto ai ragazzi di parecchi anni. Nei bambini si osserva oltre di questi lesioni anche il mughetto. Di queste già dissi nell'apposito capitolo del modo semplicissimo di medicarle; ciò che va fatto parecchie volte al giorno ed anzi il più soventi possibile.

Il lattante affetto da queste stomatiti, le quali si trovano quasi sempre contemporaneamente, prova dolore e difficoltà al succhiamento ed alla deglutizione, per cui dopo essere stato messo al capezzolo se ne stacca qualche minuto dopo piangendo. La nutrice sarà dunque obbligata di mungere il latte nella bocca al suo piccolo ammalato o darglielo a cucchiaini.

È questo urge tanto più inquanto che il dimagrimento durante questa malattia si fa rapidamente e in modo proporzionale all'abbondanza della diarrea e consecutivamente aumenta la prostrazione di forze e diminuisce la produzione di calore.

Per sostenere l'azione del cuore si può somministrare cominciando dai lattanti di due mesi del brodo di carne magra e sgrassata ma non già per la sua azione nutriente la quale anche nei bambini è minima.

I più avanzati d'età se sono a letto si possono nutrire con brodi caldi concentrati con latte vaccino, pane trito al brodo, tuorli d'uova sbattuti nell'acqua o anche nel brodo e leggiere minestre contenenti dei minuzzoli di carne, ecc.

L'acqua albuminosa contenente trenta o quaranta grammi di lattofosfato di calce sciolto per ogni litro serve eccellentemente come nutrimento e come antidiarroico da somministrarsi a cucchiaini o a cucchiai

secondo l'età del bambino e la facoltà digestiva del suo ventricolo. A questa converrà anche badare allorquando si vorrà concedere un'alimentazione più abbondante.

I clisteri i quali godevano una volta una fama indiscutibile furono oggidì riconosciuti inutili nella cura dell'enterite dell'intestino tenue perchè non sono mai abbastanza copiosi da oltrepassar la valvola ileocecale a meno che si voglia ammettere che abbiano la fortuna che si può più immaginare che provare di venirvi spinti da un movimento antiperistaltico destinato esclusivamente a questo scopo. Nè hanno maggior utilità per l'enterocolite perchè non oltrepassano mai l'inflessione iliaca del colon per il piccolo volume di sostanza liquida che contengono.

Per cui qualora si voglia fare in questo modo la cura è necessario far uso d'una clisopompa a getto debole e continuo, affinchè il rimedio non venga restituito colla eguale velocità con cui fu iniettato. Lo stesso si dica se si farà uso d'un enteroclisma. Il rimedio deve essere ad una temperatura assai vicina ai 37° onde non eccitare le contrazioni dell'intestino. Questo genere di medicazione sarà molto utile allorquando l'enterocolite si prolunga più dell'usato e il suo decorso sta per farsi cronico.

Si possono così introdurre delle sostanze involgenti, come decotto di riso, di lino, di radice di salep; o detersive, come sono le soluzioni di bicarbonato di soda, di cloruro di sodio; astringenti, ecc.

Abbiamo detto che il catarro enterico grave è seguito quasi sempre dall'algidità e come di questa ve ne siano due forme di cui una si può chiamare acuta perchè si osserva col catarro enterico acuto, cronica l'altra, che accompagna l'enterite lenta e possiede eziandio sintomi diversi.

La prima è anche la più grave ed il pericolo è proporzionale all'età ed alla gracilità del bambino.

I soccorsi debbono essere dati sul momento ed in questa previsione il medico deve avvertire la famiglia e non potendo far a meno insegnar loro il modo di prestarli utilmente: a meno che egli stesso, sempre fedele al suo dovere, voglia disporsi a farlo per tentare di salvare una vita, o almeno ad assistere mentre vengono messi in opera.

Questi consistono, nei casi assai gravi, in bagni caldi alla temperatura di 39° C. destinati non solo a comunicar del calore ad un corpo che va perdendone ma a eccitare la circolazione e la secrezione cutanea e a moderare i violenti crampi che fanno atrocemente soffrire l'infermo.

Questi bagni vanno prolungati secondo il bisogno e l'effetto che si ricava dal loro uso.

Si può aggiungere ad essi della senapa nera per ottenere la dilatazione

dei capillari cutanei dopo l'operazione e irritare le estremità nervose dei nervi sensibili e per mezzo di essi il cuore, i polmoni ed il cervello.

Se non si fa uso del bagno o dopo di esso si fanno applicare dei cataplasmi senapati sul petto, sul ventre, sulle estremità collo stesso scopo; e nel medesimo tempo il bambino è circondato da bottiglie piene d'acqua calda.

Se si può è assai utile fare inghiottire all'ammalato di quando in quando qualche cucchiaino di un infuso caldo aromatico, al quale si aggiunge ogni volta una o due goccie di tintura di muschio tonquinese o di elisir anodino Hofman o di tintura di canella o di etere acetico o solforico: ed a quelli più avanzati d'età del vino caldo.

Il massaggio è anche molto utile tanto nel bagno quanto fuori per eccitare la circolazione cutanea ed i crampi e vanno fatti con pezzuole di lana calda intrise d'olio canforato, e non potendo far diversamente, anche colle mani.

La cura del catarro intestinale acuto va sempre fatta in qualunque caso anche quando avvenendo questa malattia durante la dentizione è considerata dalle famiglie come una necessità inevitabile. Imperocchè può farsi cronica ed essere seguita dalla tumefazione delle ghiandole linfatiche mesenteriche massimamente nei ragazzi affetti da qualche diatesi congenita; può tardare lo sviluppo dei denti, delle ossa e di tutti i tessuti in generale ed essere seguita dal rachitismo. Infine le lesioni anatomo-patologiche possono alterare lo sviluppo degli intestini nelle località che ne furono affette a lungo, distrurre gli organi importantissimi contenuti nello spessore della mucosa tanto che si conserva per tutta la vita la predisposizione a queste malattie.

Del Catarro intestinale cronico. — Nella maggior parte dei casi è consecutivo all'acuto, ma non possiamo negare che qualche volta abbia fin da principio l'andamento che dovrà conservare per alcuni mesi. Come tutte le altre malattie a lento decorso è alternato di quando in quando da qualche riacutizzazione, la quale più che coi sintomi dell'enterite del tenue si manifesta con quelli dell'enterocolite quantunque le lesioni anatomo-patologiche siano estese a tutte o a quasi tutte le regioni degli intestini, sebbene in grado assai minore di mano in mano che andiamo esaminando le parti che si avvicinano al ventricolo, le quali appaiono soltanto affette da catarro. Le abrasioni epiteliali, le ulcerazioni catarrali, quelle che distruggono i follicoli solitarii e le placche del Peyer si trovano per lo più verso l'estremità inferiore dell'intestino tenue, sebbene la mucosa del crasso non ne vada assolutamente risparmiata. Ogni riacutizza-

zione del processo morboso è sempre causata dall'ingorgo acuto di nuovi apparecchi ghiandolari di cui la risoluzione avviene di raro, se dobbiamo tener conto delle piccolissime cicatrici che si osservano in gran numero nella mucosa dei bambini morti di questa malattia.

In quanto al reperto anatomo-patologico dirò qualche cosa di più nel capitolo delle malattie infettive in generale parlando delle lesioni intestinali della febbre tifoidea.

Il catarro intestinale cronico non è mai accompagnato da febbre o di raro anche durante le riacutizzazioni del processo morboso a meno che raggiungano una grande intensità. Si manifesta ora con una diarrea di poca importanza della durata di alcuni mesi alternata di quando in quando da una leggiera stitichezza e tanto l'una quanto l'altra seguono nel manifestarsi le influenze relative alle variazioni dell'alimentazione, della temperatura, dell'umidità, della copertura più o meno adatta alla stagione, ecc., le quali cose ci dimostrano di quale importanza siano i mezzi igienici nella cura di questa malattia.

Altre volte il sintomo predominante è la stitichezza, la quale però nei bambini non si prolunga mai eccessivamente come negli adulti, ma è alternata di quando in quando da una breve diarrea. E nei ragazzi d'alcuni anni osservai come essa producesse qualche volta dei sintomi di chiusura intestinale con vomiti, grave meteorismo, pelle fredda, polso piccolissimo, cianosi, imponente prostrazione di forze, ecc.

Nei bambini di pochi anni la stitichezza non produce tali effetti ma il meteorismo che talvolta ma non sempre ne è la conseguenza è così grave che viene inceppata la respirazione dal sollevamento del diaframma che non può abbassarsi nell'inspirazione e per lo spostamento che subisce consecutivamente il cuore. Alcune volte in queste circostanze vidi morire improvvisamente dei bambini che ne erano affetti da lungo tempo.

Il meteorismo accompagna tutte le forme di catarro intestinale cronico, e se il gentile lettore permette che ci figuriamo di avere sotto gli occhi un ragazzo colle arcate costali esageratamente spinte e trattenute in fuori e continuantesi colla curva delle pareti addominali, ciò che fa spiccare di più l'esagerata forma conica del torace, la mancanza del pannicolo adiposo sottocutaneo unitamente alla sottigliezza della muscolatura che lascia vedere ben distinta la forma esile delle coste ed il loro movimento, la profondità della fossetta giugulare e delle fosse sopra e sottoclavicolari limitate dai fasci interni dei muscoli sternocleidomastoidei pur essi atrofici e dominati da frequentissime contrazioni per la diminuita ampiezza della superficie respiratoria; le fosse sopraclavicolari ben appariscenti; gli

occhi infossati e privi di vivacità, le guancie spianate, le narici affilate ed in continuo movimento, ed infine una grande sproporzione di sviluppo fra il torace e l'addome le cui vene sono molto visibili per la sottigliezza della pelle e l'inceppata circolazione delle regioni interne unitamente all'atrofia delle estremità ed alla pallidezza della pelle avremo presso a poco il ritratto d'un ragazzo di tre o quattro anni affetto da alcuni mesi di questa malattia.

Ai quali sintomi aggiungendo la tumefazione delle ghiandole mesenteriche non sempre verificabile per il meteorismo ed i sintomi ricavati dall'esame delle vie respiratorie avremo il quadro presentato dal bambino affetto da enterite scrofolosa o tubercolare.

Della cura dell'Enterite acuta e lenta e dell'Enteroclisma. — Sebbene l'enteroclisma o almeno la clisopompa destinata a produrre lo stesso effetto siano poco usati a curar questa malattia, tuttavia sono così manifesti i benefici effetti che se ne ritrarrebbero, al solo pensarvi, qualora i pratici si decidessero a usarli più frequentemente, che non posso far a meno di dirne qualche cosa; tanto più che avendolo io più volte usato ed usandolo allorquando occorre e col beneplacito delle famiglie, le quali non di raro pretendono di dare una gran prova di fiducia al loro medico, permettendone l'applicazione, scrivendo il modo di usare l'enteroclisma nei bambini, parlo del modo con cui io stesso lo uso e dei rimedii che col medesimo applico.

Con esso il rimedio è portato direttamente sulla parte ammalata senza che debba esercitare dapprima la sua azione sulla mucosa gastrica e delle prime porzioni dell'intestino, nè subire dalle speciali trasformazioni chimiche, nè venire assorbito e quindi esercitare degli effetti estranei a quelli della cura su di organi lontani, nè mescolarsi cogli alimenti, ciò che impedisce il diretto contatto colla superficie ammalata della mucosa.

Usando le dovute precauzioni si può perfino oltrepassare la valvola ileocecale per cui l'effetto medicamentoso può farsi sentire perfino dalle ulcerazioni ed abrasioni epiteliali dell'estremità inferiore dell'ileo.

Nell'applicazione dell'enteroclisma per curare le lesioni anatomo-patologiche dell'enterite si devono usare certe precauzioni ben diverse di quando si vuole curare una semplice stitichezza, nella quale si tratta soltanto di vuotare l'intestino retto o tutto al più l'inflessione iliaca e l'estremità inferiore del colon dalle materie fecali sparse qua e là in diversi ammassi. Imperciocchè in questi casi si tratta soltanto di eccitare la contrazione dei muscoli intestinali e di inumidire le pareti per favorire lo scorrimento per cui è utile la bassa temperatura del liquido iniettato quantunque produca dolori, ed è anche utile introdurne rapidamente una

grande quantità per dilatare le pareti ed eccitare la loro reazione sul contenuto.

Ma quando si debbono curare delle ulcerazioni, degli ingorghi agli organi linfatici contenuti nello spessore della mucosa, delle erosioni dell'epitelio, e si vuol diminuire l'ipersecrezione delle ghiandole mucipare e la congestione dei capillari della mucosa è necessario che il rimedio si fermi il più lungamente possibile e non ecciti le contrazioni dei muscoli, attesochè sono sempre accompagnate da alterazioni circolatorie delle pareti, le quali non possono non esercitare un'azione sugli organi che esse contengono, la quale può peggiorare il loro stato morboso; oltre all'influenza che i movimenti intestinali che dal colon si estendono alle porzioni superiori, i quali non sono senza effetto sui condotti delle ghiandole che vi versano direttamente il loro prodotto.

Per questi motivi l'iniezione va spinta adagio e con una debole pressione lasciando, per così dire, che il liquido si apra da se stesso una via fra le anfrattuosità intestinali ed il contenuto, sollecitandolo o sospendendolo se il ragazzo diventa pallido, la qual cosa indica che sta per incominciare una colica o che è avvenuta una flussione sanguigna in qualche regione dell'intestino.

Inoltre la temperatura deve essere compresa fra i 37° e i 38° C. colla quale non si esercita nessuna influenza sui muscoli lisci disposti lungo le sue pareti.

Ed i gas contenuti in abbondante qualità si allontanarono di mano in mano che il liquido spinto dall'enteroclisma viene ad invadere il posto da essi occupato.

In quanto ai rimedii da usarsi osservo come la loro scelta non sia così limitata come quella degli altri somministrati per le vie digerenti superiori attesa la poca sensibilità dell'intestino crasso e le piccolissime trasformazioni che alcuni di essi soltanto subiscono, perfettamente identiche a quelle che avvengono nelle regioni intestinali superiori.

L'ideale della cura esige che l'iniezione medicamentosa sia preceduta da una iniezione calmante e detersiva, la quale viene costituita da una soluzione di bicarbonato di soda o di cloruro di sodio molto leggiero o alla dose di due a tre grammi per ogni litro di acqua. Si possono anche usare leggierissime limonate vegetali, acqua di calce, ecc. Fatta la lavatura della superficie ammalata si fa un'altra iniezione destinata a produrre l'effetto medicamentoso, secondo le medesime indicazioni seguite prescrivendo il rimedio per le vie superiori.

Se la diarrea è eccezionalmente abbondante e di natura catarrale o

sierosa si metta nell'enteroclisma una soluzione astringente preparata in questo modo:

P. Tannino . . . . grammi due
Acqua comune . . . . . » cinquemila
(Uso esterno).

P. Nitrato d'argento cristallizzato . grammi uno
Acqua distillata . . . . . » cinquemila
(Uso esterno).

P. Allume di rocca o solfato di zinco grammi uno
Acqua distillata . . . . . » cinquemila
(Uso esterno).

Come involgenti sono indicati i decotti di riso, di lino, i quali si preparano facendo bollire i semi fino alla consistenza sciropposa; nonchè la mucilagine di gomma arabica, l'acqua albuminosa che si ottiene sbattendo due albumi d'uova in un litro d'acqua comune.

Essendo molto puzzolenti le scariche alvine e grande il meteorismo si può iniettare un latte di magnesia, dell'acqua di calce o una soluzione di salicilato di soda o di acido borico. Come:

P. Salicilato di soda . . . . grammi tre
Acqua comune . . . . » cinquemila
(Uso esterno).

P. Acido borico . . . . . grammi dieci
Acqua comune . . . . » seimila
(Uso esterno).

Durante la cura dell'enterocolite cronica è assolutamente necessario sorvegliare in tutti i modi possibili la nutrizione del bambino.

La dieta deve essere esclusivamente albuminoide, cioè costituita dal latte, dalla carne, dalle uova, ecc., per quanto sarà possibile la loro somministrazione relativamente all'età ed alle funzioni del ventricolo e delle prime parti dell'intestino tenue.

L'alimentazione lattea è la migliore di tutte, purchè sia data in piccole e frequenti quantità, alle quali si può aggiungere del fosfato di calce. Dopo il latte vi sono le rossumate; le minestrine leggiere, alle quali si aggiungono mentre sono calde dei minuzzoli di carne cruda o arrostita oppure del sugo di carne estratto con uno speciale torchio a vite.

Altre volte si può prescrivere cinquecento grammi di acqua albuminosa, nella quale siansi fatti sciogliere prima di aggiungervi l'albume d'uova quindici o venti grammi di lattofosfato di calce.

Così facendo si occuperanno nel lavorio digestivo le sole parti supe-

riori del tubo digerente che se non sono assolutamente sane si trovano però in stato di funzionare alquanto.

Per facilitare l'uso della carne ai ragazzi affetti da questa malattia, i quali hanno per essa molta inappetenza, furono proposti parecchi elettuarii, alcuni dei quali misi in opera ma senza utilità, non perchè li credessi mal preparati o abbiano corrisposto male ai miei desiderii, ma perchè la ripugnanza che i ragazzi sentono per essi non ne permise un lungo uso.

Nell'Ospizio ai bambini da ricostituire i quali oltrepassarono i due anni si somministra due volte al giorno una torta preparata con carne magra, uova e burro cotti insieme. Ne risulta una pasta omogenea di un gusto molto aggradevole e appetitosa, quantunque tutti i giorni sia la stessa.

Siccome però non tutte le famiglie possono disporre d'un enteroclisma, nè permettono che il loro bambino sia assoggettato a tale cura, ed essendovi molte volte cento ragioni per temere che i clisteri non siano messi nel modo prescritto dall'ordinazione medica, ciò che non deve far stupire perchè il pubblico crede che essi infiammino o facciano gonfiare il ventre agli ammalati, ed essendo pur necessario d'altra parte che il medico adempisca all'obbligo di curare nel miglior modo possibile gli infermi che ha in cura, egli si regolerà in altro modo.

La stitichezza che alcune volte si manifesta coi sintomi di chiusura intestinale, in luogo delle iniezioni acquee fatte coll'enteroclisma sarà curata coi clisteri a parti eguali di olio di ricino e di acqua di anice ripetuti anche due volte al giorno e per vari giorni di seguito finchè siasi stabilita normalmente la defecazione.

P. Olio di ricino e acqua distillata di anice, an. grammi trenta
(per clistere).

Dopo alcuni giorni in cui i dolori di ventre saranno scomparsi completamente si farà la cura della stitichezza abituale rinforzando la tonaca muscolare dell'intestino coll'infuso di rabarbaro o della sua tintura acquosa, e nello stesso tempo si assoggetterà il ragazzo ad un'alimentazione più liquida che solida quale sarebbe la lattea, e si schiveranno conseguentemente i farinacei, i zuccherini, gli erbaggi, ecc., onde non offrir nuove cause al meteorismo.

Anche l'enterocolite lenta può molto efficacemente venire curata col magistero di bismuto come involgente ed assorbente, poichè diminuisce il meteorismo, copre le abrasioni epiteliali, le ulcerazioni, ecc. Si può sospendere, come già si disse, nel decotto bianco, nella mucilagine arabica, nel decotto d'orzo, ecc.

Altri involgenti sono la radice di salep o quella di colombo che si prescrivono nel seguente modo:

P. Radici di colombo o di salep . grammi due o tre
s. f. s. a decozione alla colatura di » cento
Sciroppo di limone . . . . » venti
(a cucchiaini).

Il nitrato d'argento è pure utile ed agisce come astringente e antifermentativo e si prescrive nel seguente modo:

P. Nitrato d'argento cristallizzato . centigr. uno
Acqua distillata . . . . . . grammi cento
(un cucchiaino ogni due o tre ore nei bambini di due anni).

In quelli più avanzati d'età si diminuirà successivamente la quantità dell'acqua o si aumenterà la dose del nitrato d'argento del doppio per centocinquanta o centosessanta grammi d'acqua.

Per i ragazzi in sui sette anni la dose si può spingere fino a tre o cinque centigrammi per ogni cento grammi di acqua distillata, e si somministrerà la soluzione nel modo detto di sopra.

Io non ho mai usato l'oppio per curare la diarrea dei bambini sia che dipenda dall'enterite acuta o dalla cronica. L'ho veduto usare da vari colleghi sotto forma di polvere del Dower o di laudano, ma essi stessi mi assicurarono che non ne avevano mai ricavato il vantaggio che si aspettavano dall'importanza del rimedio.

Difatti esso accresce il meteorismo perchè paralizza le fibre muscolari degli intestini, deprime le forze del sistema nervoso e del cuore già depresso da lungo tempo dal processo morboso. Contro la causa della diarrea serve a niente: e d'altra parte non manchiamo d'altri rimedi onde ottenere gli stessi suoi vantaggiosi effetti senza averne i danni.

Per cui non posso, con buona venia dei miei lettori egregi, consigliarne l'uso, tanto più che le cure coronate da miglior esito le ho sempre ottenute coi rimedi soliti di cui parlai finora: ed è inoltre inutile curare una diarrea cronica in un bambino senza variare l'alimentazione, ciò che vale molto di più ed è assolutamente necessario fare intendere bene alle famiglie quando ricorrono a noi per far curare un bambino il quale contrasse il catarro enterico lento.

Da alcuni si prescrive l'infuso d'ipecaquana nella diarrea cronica dei bambini. Non nego che abbia qualche effetto ma non superiore agli altri rimedi. Del resto la sua indicazione precisa non è ancora ben conosciuta. Siccome però agisce, come sappiamo, eccitando le radici del pneumogastrico è evidente che servirà a curare le diarree dipendenti da lesioni

delle regioni sulle quali si distribuisce questo nervo, quali sono nel nostro caso il ventricolo e la parte superiore dell'intestino tenue.

Gli astringenti da usarsi per la via del ventricolo sono il tannino e l'allume di rocca, più irritante, alle seguenti dosi per i primi anni di vita:

P. Tannino . . . . grammi uno
Acqua calda edulcorata . . . . » cento
(sei cucchiaini al giorno a un anno, otto a due, dieci a tre e così di seguito).

P. Allume di rocca . . . . centigr. venti
Acqua comune . . . . grammi cento
(a cucchiaini come sopra).

P. Foglie di salvia . . . . grammi cinque
s. f. s. a decozione alla colatura di » cento
Sciroppo comune . . . . . . » venti
(a cucchiaini come sopra).

Se poi all'azione astringente si vuole unire quella involgente si aggiungano alla decozione quindici o venti grammi di gomma arabica polverata, come:

Tannino . . . . grammi uno
Acqua calda . . . . » cento
Gomma arabica polv. . . . . . . » quindici
Sciroppo del tolù . . . . » quindici
(a cucchiaini).

Nella stitichezza abituale dei bambini i quali soffrirono un catarro intestinale cronico si può anche somministrare alla sera, prima di metterli a letto, un cucchiaino di olio d'olivo finchè siano regolate le scariche alvine, non bastando anche prima di ciascun pasto, a meno che si preferisca usare la senna ed il rabarbaro in infusione o il secondo in tintura acquosa, ciò che sarebbe meglio. Per maggiori schiarimenti mando il lettore al paragrafo dei purganti.

In questi casi l'alimentazione deve essere eziandio liquida e per quanto è possibile bisogna avvezzare i ragazzi a vuotare l'alvo regolarmente in determinate ore del giorno.

Nei ragazzi i quali soffersero lungo tempo d'enterocolite e sono guariti, succede qualche volta o in seguito di causa reumatica o per cangiamenti di abitudini di vitto che avvenga di quando in quando una diarrea anche leggiera e di breve durata, accompagnata da dolori ventrali, da meteorismo, iperestesia gastrica, ecc. In questi casi, dopo aver sommini-

strato un purgante oleoso, si prescriva la seguente polvere la quale va presa per qualche mese di seguito prima d'ogni pasto:

P. Carbonato di calce . . . . grammi quattro
Semi di anice o di finocchio polverati,
o calamo aromatico . . . . . » uno
Cannella di Ceylan . . . . centigr. cinquanta
s. m. a. e si divida in trenta dosi eguali; con ostie);

oppure:

P. Carbonato di calce . . . . . . grammi quattro
Radice di rabarbaro polv. finam. . » due
(s. m. e si divida in quaranta dosi eguali; con ostie).

Non essendovi meteorismo nè fermentazione acida degli alimenti si prescriva il decotto di china o la tintura acquosa di rabarbaro.

P. Decotto di china calissaya . . . grammi cento.
Sciroppo di scorza d'arancio . . » venti
(un cucchiaino dopo il pasto).

P. Tintura acquosa di rabarbaro . . grammi quindici
(se ne somministrino venti-cinquanta goccie dopo ciascun pasto nei bambini di alcuni anni).

P. Sciroppo di rabarbaro . . . . grammi cento
(due cucchiaini al giorno: nella stitichezza dei lattanti; di più nelle età superiori).

Della Tubercolosi e della Scrofolosi enterica. — Queste malattie assumono talvolta immediatamente la forma cronica; altre volte invece la forma si fa tale soltanto dopo ripetuti catarri intestinali. Sono caratterizzate da ingorgo lento ai follicoli intestinali ed alle placche del Peyer colla consecutiva degenerazione caseosa o tubercolare.

Le ghiandole linfatiche del mesenterio prendono anche parte al processo morboso. La malattia è sempre inguaribile.

La cura va fatta come se si trattasse d'un catarro intestinale lento con ulcerazioni. Quindi per l'enterite tubercolare o scrofolosa servono le stesse prescrizioni di cui già dicemmo.

Della cura delle diatesi che sostengono la malattia si parlerà in un apposito paragrafo.

L'enterite tubercolosa mantiene sempre il ventre tumido, produce frequentemente delle coliche non sempre seguite da diarrea. Il dimagrimento che avviene nel suo decorso incomincia più presto e procede più rapidamente di quello osservato in seguito dell'enterite catarrale cronica.

La regione ileocecale è dolorosa alla pressione per essere il luogo prediletto delle ulcerazioni.

La tubercolosi degli intestini e del mesenterio coincide sempre colle analoghe lesioni polmonari. Non di raro si complica colla peritonite.

Il meteorismo che l'accompagna in sul principio può diventare talmente sviluppato da impedire l'esame manuale del contenuto della cavità addominale, per cui può farla scambiare coll'enterite catarrale cronica.

Della Stitichezza dei bambini. — Sebbene questa malattia sia riguardata generalmente dalle famiglie come una semplice indisposizione o una anomalia di poco rilievo, tuttavia il medico deve sempre occuparsene dando i consigli opportuni per le conseguenze che ne possono derivare. Imperciocchè le materie fecali oltre di dilatare gli intestini nelle regioni dove abitualmente stanno accumulate, favoriscono anche la dilatazione delle altre poste superiormente, per cui a lungo andare tanto le une quanto le altre perdono la loro contrattilità. Le materie fecali che dimorano a lungo negli intestini si induriscono e richiedono poscia, per venire espulse, degli sforzi di defecazione non comuni.

Ora può succedere che durante le inspirazioni forzate che la precedono si faccia una congestione attiva nel cervello in seguito alla quale avvengano convulsioni: ciò che io osservai moltissime volte nei lattanti: le quali però cessano qualche tempo dopo che la defecazione è compiuta.

Altre conseguenze comuni ai neonati ed ai bambini già più avanzati in età, che sono dipendenti dagli sforzi di defecazione, sono l'uscita di ernie e la formazione di prolassi.

Il meteorismo dipendente dalla ritenzione delle materie fecali qualche volta può diventare grave perchè impedisce l'abbassamento del diaframma e quindi impedisce il compiersi della respirazione. Inoltre la punta del cuore viene spostata in alto per cui avvengono degli accessi di palpitazione, la dispnea, la cianosi, ecc.

Resta disturbata inoltre la circolazione cerebrale, per cui i ragazzi affetti da stitichezza soffrono vertigini, cefalalgie congestizie, nevralgie facciali, ecc. Soffrono inoltre dei dolori ventrali, delle flatulenze, ecc.

Di raro succede però nei ragazzi che la stitichezza produca gravi sintomi di chiusura intestinale indicata dall'enorme meteorismo, vomiti, ansietà di respiro, pelle fredda, polso piccolissimo, ventre molto sensibile alla pressione manuale e spontaneamente.

Di raro il medico è consultato per la stitichezza dei lattanti; ma se questa produce convulsioni nell'atto della defecazione o qualche altro inconveniente allarmante per i parenti è chiamato subito per provvedere. Siccome le convulsioni dei bambini vanno tanto impedite quanto curate affinchè non si ripetano, da qualunque causa provengano, il medico,

accertata la cura di cui si tratta, prescriva immediatamente l'applicazione di clisteri evacuanti abbondanti onde far presto; di supposte di sapone o di burro di cacao lunghe quattro o cinque centimetri. Vuotato il retto e cessate le convulsioni, si somministri un purgante evacuante oleoso, onde vuotare completamente gli intestini e risolvere il meteorismo e la congestione cerebro-spinale e si continui la cura somministrando la sera un cucchiaino d'olio d'olivo o di sciroppo di manna con rabarbaro, o lungo il giorno dell'acqua in quantità contenente in soluzione ora zuccaro, ora manna, ora del sciroppo di rabarbaro o di manna onde mantenere pastose e scorrevoli le materie fecali.

Trattandosi di lattanti si deve anche badare se la nutrice fa uso d'un vitto troppo azotato o scarso; se conduce vita sedentaria o troppo laboriosa; se il passaggio dalla campagna alla città colle relative variazioni di vitto e di abitudini non abbiano influito a variare la qualità e la quantità del latte e quindi prodotto anche indirettamente la malattia di cui si parla.

Nei ragazzi d'alcuni anni si osserva non di raro la stitichezza allorquando le loro abitudini di vivere subiscano cangiamenti anche leggieri e di poca importanza. Come sarebbe il passare dalla città alla campagna o viceversa o dopo la somministrazione d'un vitto più azotato o amilaceo che prima non fosse o più abbondante, oppure dopo essere sottomessi ad una vita più attiva o più inerte.

Questa naturalmente ha poca importanza ma va curata qualora si prolunghi il suo decorso coi rimedi di cui or ora si disse, ma più che con essi variando in modo opportuno l'alimentazione.

Sull'uso da farsi della senna e del rabarbaro e degli altri rimedi, si dirà nel paragrafo dei purganti alla fine di questa Opera. S'intende che la cura va continuata per alcuni giorni avezzando il ragazzo a cercare di compiere la defecazione nelle stesse epoche del giorno.

Le violenti coliche dipendenti dalla stitichezza si curano coll'enteroclisma che è un mezzo molto spiccio, oppure coi purganti, ed applicando contemporaneamente sul ventre un cataplasma caldo previamente unto con olio di giusquiamo o di belladonna, dopo il quale si può somministrare un calmante il quale non produca stitichezza. Quale sarebbe quello prescritto dalla seguente formola:

P. Acqua distillata di anice o di finocchio grammi quaranta
Estratto acquoso di giusquiamo . . centigr. dieci
Sciroppo comune . . . . grammi venti
(un cucchiaino ogni due ore nei bambini di due anni).

Il giusquiamo può essere sostituito dall'acqua coobata di lauro ceraso,

di mandorle amare, dai preparati di lattuga, alla dose di cui si dirà nel relativo paragrafo.

Dell' Elmintiasi dipendente dagli ascaridi lombricoidi. — I vermi che si osservano più comunemente nell'intestino sono gli ascaridi lombricoidi e gli ossiuri vermicolari. Fra di essi quelli che presentano una sintomatologia ora nulla ora molto inquietante e imponente, ora molto diversa da una volta all'altra, in cui i bambini ne sono affetti, sono i lombricoidi.

La malattia è preceduta qualche volta e sempre accompagnata da un catarro acuto o cronico del ventricolo o degli intestini. Ora succede non di raro che in alcuni bambini di sistema nervoso molto sensibile, un gastricismo produca fenomeni nervosi i quali potrebbero essere attribuiti all'elmintiasi che non sempre esiste. Per fortuna che il purgante con cui si cura la malattia fin dal suo esordire e che segue ordinariamente la somministrazione della santonina fa giustizia di tutti questi fenomeni riflessi come sono un senso di stringimento nella gola, la dilatazione delle pupille, sonnolenza, apatia, ecc., se pure la stessa santonina non esercita la sua parte come rimedio di azione innegabile sul cervello sebbene non siamo ancora in grado di spiegarne la natura ed il modo.

I sintomi della verminazione sono, come abbiamo detto, locali o riflessi. I primi risiedono naturalmente nell'organo in cui dimorano; gli altri vengono trasmessi in organi più o meno lontani dal gran simpatico o dal sistema cerebro-spinale.

I sintomi ricavati dall'osservazione dell'ammalato sono i seguenti: ventre tumido, vomiti di cibi indigesti o di mucosità; diarrea o stitichezza; sonnolenza alternata da irrequietezza, prostrazione di forze; stridore di denti, prurito al naso, capelli arruffatti, ciglia palpebrali disposte in fascetti o incrocicchiate, dilatazione delle pupille, occhi mancanti di vivacità, languidi, circondati da un cerchio turchino-oscuro che li fa parere infossati. La lingua è coperta da una patina biancastra e dalla bocca emana un odore particolare al quale le madri di famiglia dànno molta importanza.

I sintomi di cui si lamenta l'ammalato sono ordinariamente dolori ventrali generali o localizzati, dolori di capo, senso di stringimento nella regione sotto-ioidea, oppressione di respiro, brividi, ecc.

Altre volte i sintomi sono molto più allarmati ed i bambini accusano delle allucinazioni, e sono affetti da spasimi di vario genere e di varie forme: o da uno stato soporoso, e da un profondo coma.

I vermi non si trovano mai negli intestini assolutamente sani e di bambini ben nutriti ed in modo adatto alla loro età. Per cui l'elmintiasi va sempre esclusa qualora in un lattante appariscano certi sintomi deri-

accertata la cura di cui si tratta, prescriva immediatamente l'applicazione di clisteri evacuanti abbondanti onde far presto; di supposte di sapone o di burro di cacao lunghe quattro o cinque centimetri. Vuotato il retto e cessate le convulsioni, si somministri un purgante evacuante oleoso, onde vuotare completamente gli intestini e risolvere il meteorismo e la congestione cerebro-spinale e si continui la cura somministrando la sera un cucchiaino d'olio d'olivo o di sciroppo di manna con rabarbaro, o lungo il giorno dell'acqua in quantità contenente in soluzione ora zuccaro, ora manna, ora del sciroppo di rabarbaro o di manna onde mantenere pastose e scorrevoli le materie fecali.

Trattandosi di lattanti si deve anche badare se la nutrice fa uso d'un vitto troppo azotato o scarso; se conduce vita sedentaria o troppo laboriosa; se il passaggio dalla campagna alla città colle relative variazioni di vitto e di abitudini non abbiano influito a variare la qualità e la quantità del latte e quindi prodotto anche indirettamente la malattia di cui si parla.

Nei ragazzi d'alcuni anni si osserva non di raro la stitichezza allorquando le loro abitudini di vivere subiscano cangiamenti anche leggieri e di poca importanza. Come sarebbe il passare dalla città alla campagna o viceversa o dopo la somministrazione d'un vitto più azotato o amilaceo che prima non fosse o più abbondante, oppure dopo essere sottomessi ad una vita più attiva o più inerte.

Questa naturalmente ha poca importanza ma va curata qualora si prolunghi il suo decorso coi rimedi di cui or ora si disse, ma più che con essi variando in modo opportuno l'alimentazione.

Sull'uso da farsi della senna e del rabarbaro e degli altri rimedi, si dirà nel paragrafo dei purganti alla fine di questa Opera. S'intende che la cura va continuata per alcuni giorni avezzando il ragazzo a cercare di compiere la defecazione nelle stesse epoche del giorno.

Le violenti coliche dipendenti dalla stitichezza si curano coll'enteroclisma che è un mezzo molto spiccio, oppure coi purganti, ed applicando contemporaneamente sul ventre un cataplasma caldo previamente unto con olio di giusquiamo o di belladonna, dopo il quale si può somministrare un calmante il quale non produca stitichezza. Quale sarebbe quello prescritto dalla seguente formola:

P. Acqua distillata di anice o di finocchio grammi quaranta
Estratto acquoso di giusquiamo . . centigr. dieci
Sciroppo comune . . . . grammi venti
(un cucchiaino ogni due ore nei bambini di due anni).

Il giusquiamo può essere sostituito dall'acqua coobata di lauro ceraso,

santonina ne impedisce, è vero, l'assorbimento, ma anche l'azione velenosa sui vermi per cui l'effetto è ottenuto parzialmente e conviene talvolta ripetere la medicazione.

Non si dia mai la santonina di giorno, o si tenga l'ammalato all'oscuro per non disporre la vista dei bambini a soffrire di santopsia, cloropsia, le quali altererebbero le visioni dei colori, per cui il rosso parrebbe aranciato, l'azzurro verde, il bianco giallo. Come pure non bisogna eccedere nella dose giacchè sebbene il rimedio si elimini rapidamente, tuttavia può rimanerne avvelenato il sistema nervoso per l'eccessiva quantità che ne fu portata sui suoi centri o per l'azione esercitata troppo a lungo su di essi. Ed il medico non di raro deve prestare i suoi soccorsi ad un bambino al quale da ignoranti assistenti furono date banalmente e ripetutamente delle dosi eccessive di rimedio.

L'avvelenamento si manifesta con vertigini, cefalea, vomiti, irrequietezza generale, convulsioni, tremori ed in seguito apatia, adinamia, collasso e morte.

La febbre controindica la somministrazione del rimedio e quanto più essa è alta. Ho osservato difatti come in alcuni casi la santonina aumentasse la cefalea e producesse delle allucinazioni visive ed uditive, essendo stata data senza usare questo riguardo.

Si usa pure il santonato di soda, ma è più velenoso ed agisce più della santonina sul cervello dell'ammalato che sulla vita dei vermi e quindi deve essere dato a dose più alta. La santopsia e cloropsia con essa vengono più presto, perchè è solubile, e durano di più.

P. Santonato di soda . . . . grammi uno
Acqua distillata . . . . » cento
Sciroppo di cedro . . . . » trenta.

Se ne diano ai bambini che hanno oltrepassato un anno due cucchiaini lungo la sera a intervalli lunghi onde non tutto il rimedio arrivi contemporaneamente nel cervello. Il mattino si dia il purgante, come si è detto dapprima. Tre cucchiaini ai bambini di tre anni e così di seguito.

I farmacisti hanno molti preparati officinali vermifughi. Non li consiglio alla madre. Primieramente non conosciamo la dose della santonina o del calomelano o della gialappa o della scammonea che contengono, in secondo luogo si sciolgono difficilmente se sono sotto forma di tavolette o di confetti o cioccolattini che per conservare impastano con talco, per cui si può dubitare che i denti dei bambini riescano a masticarli.

Degli Ossiuri vermicolari. — Invadono il colon ed il retto di ragazzi di alcuni anni di vita. Si trovano a migliaia e cagionano un vio-

lento prurito all'ano di sera principalmente e di notte. I bambini si svegliano di soprassalto e con una violenta scossa. La regione anale è arrossata e talvolta anche la perineale fino ai genitali maschili o femminili in cui non di raro sono penetrati gli ossiuri. Tale arrossamento dipende tanto dall'irritazione che la presenza dei vermi fa sulla mucosa e sulla pelle, quanto dal grattarsi che fanno continuamente i bambini affetti da tale malattia. Il prurito può anche essere sentito di giorno se sono penetrati nella vagina o tra il prepuzio ed il ghiande. In questo caso i ragazzi non potendosi grattare si dimenano sulla sedia. Conseguenza dell'emigrazione di questi vermi in tali regioni sono la valvovaginite catarrale, il tenesmo della vescica e dell'ano, la erezione dei genitali maschili, la balanite, ecc.

Servono a calmare provvisoriamente il fortissimo prurito i semicupii ed i clisteri freddi. Localmente si mettano tutte le sere queste supposte:

P. Unguento d'idrargirio e cera bianca q. b.
(s. f. s. a sei sopposte lunghe quattro centimetri contenenti ciascuna cinque centigrammi d'estratto aq. di giusquiamo).

Internamente si somministri:

P. Muschio di Corsica, grammi tre (si polver. finamente) Miele depurato grammi venti	ai ragazzi di due o tre anni. s. m. e si dia la sera in una volta sola

P. semi di tanaceto, grammi quattro-otto
(s. f. s. a infusione alla colatura di grammi cento o duecento)
(per due clisteri da darsi in due sere);

oppure:

P. Olio essenziale di tanaceto, goccie una
Alcool rettificato q. b.
Acqua, grammi trenta e più secondo l'età (per un clistere).

Un rimedio domestico utilissimo, sebbene vada ripetuto per alcune sere di seguito, è un clistere di acqua, aceto e sapone a parti uguali, oppure solo di un terzo d'aceto e di due terzi d'acqua.

Del Prolasso del retto. — È cagionato dalla diarrea quanto dalla stitichezza. Avviene di raro in bambini robusti. La mucosa può uscire nella defecazione fino a venti centimetri di lunghezza. Il medico deve ridurre immediatamente questa procidenza, tanto più quando è grave per l'emorragia prodotta dalla rottura dei vasi della mucosa che vidi talvolta abbastanza copiosa. Vi sono molti mezzi per ridurre il prolasso della mucosa del retto. Il più semplice che serve nei casi ordinarii è questo: si

faccia un piccolo cartoccio di carta a punta, calzatolo nel dito indice della mano destra, si corichi il bambino sul fianco e se ne introduca la punta nell'orifizio presentato dalla parte prolassata e si spinga nella direzione prima dell'ano e poi del retto. Per estrarlo si faccia girare lentamente imprimendogli un movimento circolare a vite. In luogo del cartoccio si può usare una pezzuola applicata sul tumore, ungendola previamente di grasso e sia mettendo le dita nell'apertura, sia comprimendo il tumore colle dita collocategli d'attorno se ne opera la riduzione. Se la procidenza fosse di lunghezza maggiore dell'ordinaria, si faccia la riduzione a varie riprese aiutandosi colla mano sinistra per impedire l'uscita della parte che già fu ridotta.

Se il prolasso è piccolo, come succede nei casi ordinari, si può lasciar alzato il bambino, curandogli però la diarrea o la stitichezza. Se è grave si tenga in letto in posizione orizzontale, colle estremità inferiori vicine, legate leggiermente con una fasciatura se occorre, e se l'ammalato è irrequieto si nutrisca in quella posizione, si faccia orinare o defecare nella stessa, tutto al più si volti sul fianco se si tratta di pulirlo, senza togliere gli arti inferiori dallo stato di estensione.

Dopo cinque o sei giorni ordinariamente il bambino deve essere guarito, qualunque sia la lunghezza del prolasso ed inoltre se è la prima volta che succede.

Alcuni pratici, nei casi gravi fanno una fasciatura costituita da due parti; una di queste circonda i fianchi del bambino, l'altra, partendo dalla parte mediana di esso che sta sul dorso, passa fra le natiche mantenendo applicata una compressa d'un certo spessore contro l'ano del paziente e viene legata davanti divisa a destra e a sinistra dei genitali. Con questa fasciatura ho pure ottenuto dei risultati radicali in casi di prolasso grave della mucosa del retto, e in bambini delicati, gracili.

Il prolasso di pochi centimetri è generalmente cronico e colla cura descritta non si otterrebbe un risultato soddisfacente. In questi casi insegno ai parenti del bambino il modo di ridurlo e prescrivo loro le polveri seguenti:

P. Spore di licopodio grammi dieci
Tannino . . . » uno o due (uso esterno),

onde spolverino bene il tumore prima di ridurlo. Curo poi nello stesso tempo l'anemia, il catarro intestinale, la debolezza congenita o acquisita, la tendenza al rachitismo, ecc., per mezzo dei ferruginosi, coll'olio di merluzzo, emulsione Scott, fosfato di calce, ecc.

Dell'Ernia inguinale dei bambini. — Il testicolo che viene attratto fuori della cavità addominale dal *gubernaculum testis* il quale più tardi diventerà il cremastere, si avvolge di una guaina peritoneale mentre, scorrendo lungo la parete addominale posteriore ed inferiore, si avvicina all'orifizio inguinale. Oltrepassato il quale la guaina del peritoneo si sviluppa a guisa d'un *funicolo* allungandosi onde permettere la sua discesa in fondo allo scroto le cui pareti sono pur esse tappezzate da una propagine peritoneale la quale va formandosi ed acquistando la propria struttura di mano in mano che il testicolo va avvicinandosi al posto che normalmente deve occupare.

Per cui verso il finire di questa evoluzione a livello dell'anello inguinale noi osserviamo due canali concentrici, se non che l'estremità superiore di quello interno sta aderente alla parte posteriore dell'apertura dell'altra, così che rimane fra di quella e la parte superiore dell'anello un interstizio bagnato dal liquido peritoneale che fa comunicare la cavità addominale con quella che allora si è già formata tra le due sierose attorno al testicolo.

È questa l'apertura per la quale si insinuano ora gli intestini se è abbastanza ampia e dilatabile, perchè vi si introducano ora il liquido che bagna la superficie libera del peritoneo, ora tutti e due. La qual cosa però non può mai farsi senza il concorso della pressione addominale che può riprodurre ora un'ernia, ora un idrocele che furono ridotti poco prima se per motivi particolari deve manifestarsi con una insolita energia nella defecazione, nella tosse, nel vomito, ecc., prima che sia successa la sua chiusura, la quale deve sempre cominciare, nei casi normali, appena il testicolo ha oltrepassato l'anello inguinale nella sua discesa ed essere compiuto quando abbia raggiunto il fondo dello scroto.

Questa disposizione anatomica ci dà ragione della posizione sempre occupata dal testicolo allorquando un'ernia o un idrocele penetrino fino al fondo della parte esterna del sacco sieroso che lo avvolge e lo contiene poichè egli si trova sempre lungo la parte posteriore dello scroto e più in basso o più in alto secondo la lunghezza delle parti che lo tengono fisso all'anello inguinale e la dilatazione più o meno grande subita dalle pareti del sacco in basso.

Dal modo col quale furono descritte le disposizioni anatomiche si vede che per impedire l'uscita d'un'ernia o la formazione dell'idrocele deve succedere la chiusura del sacco esterno al testicolo e non di quello sospeso con un sottile filamento al contorno inferiore dell'anello inguinale che lo sostiene immediatamente, il quale se anche non contenesse i vasi

ed i nervi che si distribuiscono al testicolo i quali ne producono la chiusura completa e rimanesse pervio non avverrebbero inconvenienti di sorta, nè uscite di visceri o di liquidi dalla cavità addominale per essere completamente separato.

Lo sviluppo successivo degli organi vascolari e nervosi che si distribuiscono alla ghiandola seminale e del canale deferente è accompagnato da una proporzionale dilatazione del canale vaginale che ha poi per limiti il contorno dell'anello inguinale sul quale esso si applica allorquando la separazione della cavità peritoneale da quella che circonda il testicolo è divenuta completa e avvenne la fusione della parte superiore dei due sacchi concentrici formati dalle sierose che li circondano.

Il canale inguinale dei bambini non è come quello degli adulti obliquo dall'alto al basso, dall'infuori all'indentro e dall'indietro in avanti, nè è costituito da due parti di cui una anteriore, l'altra posteriore le quali si applicano fortemente sugli organi che lo attraversano formando per così dire la difesa contro uno sforzo che tende a spingere in una direzione perpendicolare ad esse il contenuto intestinale.

Quello del bambino diventerà tale col tempo e tanto più presto quanto più rapidamente egli raggiungerà il suo completo sviluppo. È rivolto invece direttamente dall'indietro in avanti e molto più largo in proporzione degli organi che lo attraversano. Per cui ha più di quello degli adulti l'apparenza d'un anello, essendo la lunghezza delle sue pareti solo eguale allo spessore della parete addominale.

Da questa particolare disposizione si spiega il motivo per cui le ernie inguinali sono più frequenti nei bambini che negli adulti, e perchè sia rarissimo lo strozzamento annunziato dagli stessi sintomi degli adulti, e come si possa fare molto più facilmente la loro riduzione.

Le ernie inguinali dei bambini per quanto siano voluminose non dànno mai luogo, o almeno rarissimamente, a chiusura intestinale. Nel premere il tumore fra le dita non si sentono mai o almeno raramente degli ammassi di materie fecali nel suo interno, e quasi soltanto in quelle che sono d'antica data. L'ultimo bambino che esaminai all'Ospizio affetto d'ernia inguinale costituita dagli intestini presentava un tumore più grosso d'un uovo, pastoso, pieno di materie fecali; ma ciò non ostante si riduceva spontaneamente e nemmeno in tal caso si sono manifestati i vomiti, la stitichezza, ecc.

Nell'Ospizio, per ridurre un'ernia inguinale in un bambino, usiamo collocarlo in un piano orizzontale o inclinato in basso dalla parte della testa e facciamo tenere, da un aiutante, durante l'operazione le ginocchia

alzate ed allargate. Se dopo alcuni tentativi l'ernia non rientra non facciamo alcuna violenza per eseguire forzatamente la riduzione, ma lasciamo il ragazzo in riposo e facciamo applicare sul tumore delle pezzuole bagnate d'acqua fredda mentre prescriviamo qualche cucchiaino d'olio di ricino.

Generalmente l'ernia rientra spontaneamente. Se ciò non succedesse rifacciamo un'altra volta l'operazione e con un po' di pazienza si riuscirà. Tanto nell'Ospizio quanto nella clientela privata usiamo due sorta di cinti erniarii, uno di tela molto utile nei bambini di pochi mesi di vita in cui la spinta addominale da controbilanciare è piccola, il quale consta di un cuscinetto di forma ovale o piuttosto triangolare a grande estremità in alto, costituito d'un pezzo di cartone o di latta sulla quale è avvolta della stoppa o del cotone e circondato all'intorno da una tela forte ben cucita. È leggiermente convesso dalla parte che deve stare applicato nell'orifizio dell'anello inguinale, piano dall'altra parte sulla quale stanno tre piccoli bottoni od uncini. I più alti servono di attacco alle estremità d'una cintura di tela che serve di sostegno al cuscinetto e circonda il corpicciolo del bambino. Sul più basso si attacca il cosidetto sottocoscia il quale serve a mantenere bene applicato il cuscinetto in modo che l'ernia non sfugga dal disotto del cinto. E questa parte è frequentemente dimenticata dalle mamme quando applicano il cinto al loro bambino. Tocca quindi al medico il dimostrare ad esse l'importanza del sottocoscia, mentre insegna il modo di togliere e di applicare il cinto l'uso del quale va molto sorvegliato affinchè non si facciano delle erosioni d'epidermide, delle escare, ecc. Per impedire tali conseguenze non si deve mai stringerlo con forza ma applicarlo solo in modo che il cuscinetto combaci con tutti i suoi punti contro la regione dell'anello inguinale senza esercitarvi una grande pressione. Si può frapporre tra la pelle ed il cinto una pezzuola per impedire le lesioni cutanee se la pelle del lattante è molto fina e delicata. Questo cinto è più che qualunque altro adatto alla forma e posizione dell'anello inguinale dei bambini nei primi mesi di vita.

Ma siccome coll'avanzarsi dell'età aumenta lo sviluppo del corpo e l'anello prende a poco a poco la forma e direzione obliqua osservate negli adulti, così sarà allora necessario far uso d'un altro cinto più adatto anche per controbilanciare la pressione addominale che va crescendo in proporzione. E quindi si soddisferà a tutte queste indicazioni usando i cinti a molla elastica e col cuscinetto obliquo il cui maggior diametro deve avere la direzione che va successivamente acquistando l'anello inguinale. Il suo uffizio non sarà più così semplice come quello adempiuto dal primo il quale serviva solo

a chiudere un'apertura e ad impedire l'uscita del contenuto; sarà bensì quello di chiudere l'orifizio interno inferiore del canale ma nello stesso tempo farà combaciare le pareti anteriore e posteriore di esso che vanno via via formandosi.

Ed importando assai che questo cinto una volta applicato si mantenga bene a posto non ostante tutti i movimenti del tronco e delle estremità inferiori continuamente agitate dalla irrequietezza dei bambini, deve essere costrutto colla massima precisione e particolarmente per ogni individuo e non far uso di quelli già preparati che tengono in bottega i cosidetti specialisti ortopedici.

Il medico deve dare lui stesso la forma del cuscinetto, la sua inclinazione e indicare la torsione che si deve dare alla molla affinchè esso adempia con tutta precisione al suo scopo. Così si impedirà che l'ernia sfugga dal disopra del cinto e mediante il sottocoscia si farà in modo che il bendaggio non si sollevi e permetta che l'ernia esca dal di sotto tra esso ed il pube, contro il quale verrebbe se non schiacciata almeno contusa.

Allorquando si è chiamati a curare un lattante affetto da ernia inguinale bisogna badare che non venga impedita l'uscita del testicolo dalla cavità addominale ciò che ne produrrebbe l'atrofia, oppure che essendosi già abbassato verso lo scroto non venga compresso dal cuscinetto del cinto. Questi casi eccezionali sono ancora oggidì oggetto di discussione fra i pratici relativamente al modo di comportarsi dei mezzi terapeutici.

Io credo però che il consiglio più pratico sia quello di raccogliere l'ernia in un sospensorio fintantochè il testicolo sia disceso in fondo allo scroto e poi di applicare il cinto. La stessa cura sarebbe usata qualora la discesa del testicolo fosse tardiva.

Le ernie dipendenti da sventramento o ventrali, come vengono anche chiamate quelle che compariscono in una regione diversa dalla normale, però sempre vicina a quelle in cui si osservano nella maggioranza dei casi, non sono tanto rare nei ragazzi come potrebbe sembrare. Se non che in luogo di essere favorite dalla denutrizione della pareti addominali dipendono dalla mancanza del loro sviluppo.

I casi che finora osservai sono riferibili a due tipi. Nell'uno l'ernia si faceva strada attraverso le pareti addominali, nella regione iliaca fra la spina iliaca anteriore superiore e la regione inguinale ed il tumore aveva il suo diametro maggiore diretto in basso e in dentro verso i genitali. Questa è alcune volte semplice, altre volte doppia.

Altre volte l'ernia esce dall'orifizio inguinale molto dilatato e invade tutta la lunghezza dello scroto, ed allorquando è ridotto ed il dito o il cusci-

netto del cinto chiude l'orifizio inguinale appare superiormente ad esso una tumefazione molto estesa ed allargata che diventa più voluminosa quando il bambino piange o grida. Ed in alcuni casi è accompagnata da un tumore analogo della regione corrispondente dell'altra parte il quale si manifesta nelle identiche circostanze senza che l'ansa intestinale esca dall'anello inguinale.

In tutti questi casi il cinto va modificato in modo adatto in ogni caso pratico. Nei casi analoghi al primo tipo di cui ho parlato faccio ordinaria-riamente costruire una ventriera con due cuscinetti corrispondenti e della stessa forma dei due tumori erniarii che protrudono.

Negli altri esperimento dapprima l'utilità di un cinto i cui cuscinetti siano molto larghi, e a peggio andare applico una ventriera analoga alla prima.

CAPITOLO VIII.

Della Peritonite — Dell'Epatite e dell'Itterizia dei bambini
Della Splenite — Della loro cura.

Della Peritonite. — Questa malattia è molto rara. Può essere cagionata da cause reumatiche, da colpi ricevuti sull'addome, da cadute su di qualche corpo contundente, dalla penetrazione di aghi nelle pareti addominali, dall'eccessivo distendimento delle pareti degli intestini, prodotto da feci accumulate in grande quantità in qualche regione limitata di essi o dall'atresia del retto intestino.

Altre volte l'infiammazione di questa membrana si propaga dagli intestini per contiguità di tessuto.

Non di raro si osserva insorgere nel decorso d'una risipola ombelicale anche quando è semplice e non complicata dall'infiammazione delle parti interne superstiti dei vasi dello stesso nome; nelle scottature della pelle della regione addominale ed alcune volte, ma più di raro, di altre parti del corpo.

I sintomi coi quali si manifesta sono analoghi a quelli degli adulti, cioè vi è il dolore esteso a tutta la regione addominale cominciando dal punto che per il primo fu affetto dall'infiammazione, il quale si conserva anche più doloroso di tutte le altri parti e questo non manca neppure nei casi leggieri che sono i più frequenti. Ed è tanto spontaneo durante i movimenti del tronco, la respirazione, ecc., quanto aumentato dalla pressione manuale. Vi è inoltre un grande meteorismo per cui è estremamente tesa la pelle dell'addome: manca qualche volta la stitichezza ed il vomito di materie di color verde. La respirazione è frequente, superficiale e dolorosa; il polso piccolo e celere; le estremità fredde.

L'essudato sieroso ordinariamente è in poca quantità come pure il fibrinoso per cui succede rarissimamente che nell'autopsia di bambini i quali soffersero questa malattia si osservino, come negli adulti, degli essudati organizzati in forma di briglie che uniscano un'ansa intestinale ad un'altra, o alla parete addominale, o attorno ad una porzione d'intestino a guisa d'un cingolo che impedisca la sua dilatazione, oppure lungo la sua parete, ecc.

Inoltre guarisce assai più presto. Verso il finire la malattia viene la maggior parte delle volte complicata dal catarro intestinale che si prolunga quasi sempre oltre il suo termine, e può durare anche alcune settimane.

La faccia dei bambini affetti da peritonite non presenta dei segni di gravi sofferenze come quella degli adulti; e solo verso il finire della malattia e quando si avvicina l'esito letale va assottigliandosi il naso, spianandosi le guancie, infossandosi gli occhi e coprendosi di color scuro la pelle per la cianosi che va successivamente aumentando.

I casi di peritonite leggiera sono assai più frequenti della grave. E per lo più i sintomi che servono a diagnosticarla neí lattanti e nei bambini di pochi anni si riducono quasi esclusivamente al meteorismo, al dolore del ventre spontaneo o provocato ed infine alla febbre. La diagnosi è naturalmente un po' migliore.

Le peritoniti dei ragazzi che oltrepassarono i sette anni presentano le lesioni identiche a quelle degli adulti ed anche i sintomi che caratterizzano la malattia. L'unica differerenza non comune a tutti è questa, che l'essudato sieroso nei bambini è sempre meno abbondante relativamente all'estensione del processo morboso.

La febbre nei primi giorni di malattia raggiunge i 39°,5 o 40° C., con poca differenza fra l'esacerbazione vespertina e la defervescenza del mattino. In seguito la sua intensità diminuisce ed aumenta la differenza tra la temperatura del mattino e quella della sera in modo che il ragazzo può esser considerato come apiretico per alcune ore durante le quali dorme e si può in qualche modo aiutare la sua nutrizione. Cessa allorquando è finita la formazione dell'essudato e sta per cominciare la sua risoluzione. Se il suo assorbimento si fa con molta lentezza di quando in quando vi sarà ancora qualche aumento di temperatura molto leggiero. I lattanti nei casi gravi muoiono quasi sempre nei primi cinque giorni di malattia.

La cura è alquanto diversa secondo che si tratta di lattanti o di ragazzi di alcuni anni. Nei primi conviene sospendere subito l'allattamento o ridurlo a limiti ristrettissimi; a quelli che già oltrepassarono il primo o il secondo mese di vita si può somministrare del brodo di carne sgrassato a cucchiaini come anche agli altri più avanzati d'età; non tanto per il suo valore nutritivo ma per sostenere l'azione del cuore.

Converrà fin da principio togliere tutti gli ostacoli alla libera circolazione delle materie fecali, se ve ne sono, per mezzo di purganti oleosi, di calomelano, di clisteri o dell'enteroclisma i quali mezzi risolvono anche la stitichezza che talvolta precede o cagiona la malattia.

Se il retto è impervio o si trova chiusa l'apertura anale sono indicate le operazioni necessarie a rimediare a tale difetto organico.

Quando la malattia dipende da causa reumatica è necessario eccitare la diaforesi tenendo il ragazzo ben coperto e colle estremità inferiori circondate da bottiglie d'acqua calda, e somministrare ancora degli infusi aromatici caldi.

Nei lattanti per calmare il dolore e la febbre nello stesso tempo sono assai utili i bagni tiepidi prolungati e dopo di essi agli uni ed agli altri i cataplasmi di farina di linseme ben caldi applicati sul ventre sul quale si fecero prima delle unzioni con olii o pomate narcotiche, come già più volte si disse.

La febbre è anche diminuita dal chinino sciolto nell'acqua il quale va dato a dosi piccole e ripetute più volte onde trar partito anche dalla sua azione tonica sul cuore e sul sistema nervoso e per impedire la prostrazione di forze che in questa malattia si fa sempre rapidamente ed in modo allarmante, ed ove occorra si possono aggiungere alcune goccie di elisir anodino Hofman alla soluzione o in sua vece la tintura d'Huxam alla dose di pochi grammi.

Se il vomito è persistente non ostante i pezzetti di ghiaccio inghiottiti intieri dall'ammalato, questi rimedii vanno somministrati per mezzo di clisteri tre dei quali conterranno la dose giornaliera.

Ai maggiori d'età si può concedere qualche poco di vino e far sciogliere in esso il febbrifugo.

Come bevanda dissetante va prescritta una leggiera soluzione di bicarbonato di soda o l'acqua di Vichy, di Vals, o altre della medesima azione.

Se la stitichezza accompagna la malattia si farà uso di clisteri anche nel suo decorso, i quali essendo d'acqua fredda avranno il vantaggio di sbarazzare l'intestino retto e l'inflessione iliaca e di abbassare la temperatura di qualche mezzo grado nello stesso tempo. Il quale effetto bisognerebbe cercare di ottenerlo durante la defervescenza o mentre l'esacerbazione febbrile si avvicina al suo massimo.

La complicazione della diarrea va curata col magistero di bismuto sospeso nell'acqua gommosa o nel decotto bianco il quale agisce anche come assorbente nel meteorismo.

Non vidi mai nessun effetto salutare dall'uso dei vescicanti. Qualche volta prescrissi per aiutare l'assorbimento dell'essudato dopo la cessazione della febbre la tintura di iodio diluito nell'alcool e in non pochi casi ebbi la fortuna di veder guarito il mio ammalato.

Per calmare il dolore violento esteso a tutta la regione addominale non

sono d'avviso che si prescriva il laudano o la polvere del Dower, nemmeno ai ragazzi di sei o sette anni e quando la malattia è complicata dal catarro intestinale. I loro effetti sono sempre da schivare. La diarrea non si arresta e supponendo pure che questo succeda si aumenta il meteorismo, si indebolisce anche l'attività cardiaca e respiratoria e quindi va aumentando la quantità di acido carbonico contenuto nell'organismo e in seguito la prostrazione di forze e la paralisi del sistema nervoso.

Meno ancora consiglierei l'applicazione di mignatte e l'unzione coll'unguento mercuriale, perchè tanto un mezzo come l'altro non riescirono mai a diminuire l'intensità del processo morboso ed abbreviare la durata della malattia.

Dell'Epatite e dell'Itterizia dei bambini. — Se mi dovessi regolare dalle osservazioni personali fatte in parecchi anni in cui nell'Ospizio di Torino parecchie migliaia di bambini mi sono passate per le mani e dalle numerosissime autopsie fatte, l'epatite dei neonati dovrebbe essere rarissima. Nè basterebbe a farla diagnosticare la sporgenza che fa il bordo anteriore del fegato verso l'ombelico per essere un fatto anatomico comune a molti bambini, l'itterizia che come altrove abbiamo dimostrato è comune a tutti; nè il dolore che pare eccitato se si esamina quest'organo esercitandovi una leggiera pressione, poichè i neonati piangono e strillano per cause di lieve importanza; fra le quali cito a cagion d'esempio il disturbo della loro abituale tranquillità per rinnovare la biancheria o metterli nel bagno; se sono tenuti troppo lungamente fasciati e peggio ancora e più a buon diritto se sono esaminati con modi non molto delicati.

Nè io ammetto come una prova l'osservazione fatta in alcuni di essi che la regione epatica è talvolta un po' sporgente per dimostrare che l'organo è accresciuto di volume, imperciocchè in certi neonati è assai voluminoso senza che sia ammalato, relativamente alle altre dimensioni del corpo.

Quello che non si può negare e che ho trovato molte volte nei bambini morti nella prima o nella seconda settimana di vita, è la congestione epatica. Ma questo, secondo il mio modo di pensare, dipende dalle interruzioni della circolazione placentare per cui il sangue che attraversa il fegato non è più aiutato a scorrervi dall'impulso che all'onda sanguigna comunicavano le arterie ombelicali di cui nessuna ve ne ha nel feto così ben provvista di muscoli. Avviene quindi una dilatazione dei capillari epatici e la compressione da essi esercitata sui canalicoli biliari che impedisce lo scorrimento della bile per cui questa rifluisce verso i loro fondi di sacco di origine.

Che poi questa congestione possa venire prodotta nello stesso tempo dalla lentezza della circolazione del sangue nella vena cava discendente, allorquando il cuore sinistro del neonato è più piccolo del destro, molto aperto l'orifizio di comunicazione delle due orecchiette, credo che si possa ammettere ma non in tutti i casi, e soltanto nei bambini gracili o immaturi, nei quali possiamo alcune volte diagnosticare queste affezioni congenite ed altre soltanto supporre.

L'epatite dei bambini già avanzati negli anni si diagnostica come quella degli adulti. Cioè da un forte dolore accusato dall'infermo nella regione e sotto l'arcata costale destra che si esacerba colla pressione; dall'aumento del volume dell'organo, dall'itterizia, da vomito, dalla respirazione toracica superiore, e dalla tendenza che hanno nei casi di maggior estensione ed intensità della malattia a rimanere immobili; potendo qualunque movimento aumentare i dolori dell'organo ammalato.

Guarisce quasi sempre completamente e senza lasciare dei reliquati come avviene negli adulti. Assume di raro un decorso cronico e solo quando il ragazzo è esposto continuamente alle cause della malattia, fra le quali ricordo il miasma palustre. In questo caso è anche tumefatta la milza. Ma questa allora acquista un volume assai più grande di quello raggiunto dal fegato dopo di che non si risolve più.

La cura dell'epatite acuta non varia molto da quella descritta per la peritonite. Anche qui si tratta di calmare un dolore vivo, pungente che si esacerba nell'atto della respirazione, della defecazione, del vomito, della pressione manuale ed anche spontaneamente. Il vomito si calma anche nello stesso modo, oppure con una soluzione di bicarbonato di soda alla dose dell'uno per cento con o senza l'aggiunta dell'estratto acquoso di giusquiamo o di alcune goccie d'acqua di lauro ceraso nei lattanti. Qualche volta l'impedito deflusso della bile produce la stitichezza, e quindi il meteorismo.

Si somministra in questo caso in principio della malattia un purgante salino come sarebbe l'acqua di Janos, della Victoria, ovvero una piccola limonata citromagnesiaca, ecc.; si applichi poscia un cataplasma narcotico sulla regione epatica. Se il vomito rigetta i rimedii si introducano per mezzo di clisteri.

Si sospenda l'allattamento nei bambini inferiori in età ad un anno e si nutriscano invece con brodo sgrassato e freddo.

Se le coliche epatiche tormentassero eccessivamente l'infermo devesi continuare a somministrare la pozione calmante di cui sopra si disse; in sua vece è anche indicato il cloralio o il bromuro di potassio, quando

non vi è febbre, poichè questa controindica l'uso dei suddetti rimedi. I bagni tiepidi a 30° servono assai bene a diminuire l'alta temperatura mentre calmano le acerbe doglie che il bambino soffre.

I chinoidei sono anche da somministrare sia per lo stesso motivo del bagno, sia per combattere la causa della malattia.

Terminato lo stadio acuto della malattia e ritardandosi la detumefazione dell'organo ammalato sono prescritti i risolventi come si dirà nell'apposito paragrafo, e fra di essi ricordo il calomelano destinato appunto ad eccitare la funzionalità del fegato rimasta inerte o diminuita per la lunga durata della malattia.

Della Splenite dei bambini. — L'infiammazione acuta della milza si osserva in tutte le malattie acute d'infezione ed in altre malattie infiammatorie anche acute. La splenite cronica si osserva invece nel decorso della sifilide, della tubercolosi, della scrofola e dei vizi organici di cuore i quali hanno per conseguenza la congestione dei visceri addominali.

Il tumore cronico della milza, indipendentemente dalle malattie diatesiche, può essere cagionato da successive infiammazioni acute non risolte mai completamente.

Non dobbiamo occuparci della acuta a meno che dia dolori e fastidii all'ammalato ed allora si applicherà nella sua regione un cataplasma emolliente e narcotico. La splenite lenta guarirà colla cura diretta alla malattia costituzionale e colla cura ricostituente che si fa contemporaneamente e dopo di essa. Non bastando si somministreranno, potendosi, i ferruginosi uniti ai chinoidei.

CAPITOLO IX.

Delle malattie proprie delle prime vie dell'apparato respiratorio — Dell'Epistassi — Del Catarro nasale acuto — Del Catarro nasale cronico — Del Catarro laringeo acuto — Della Laringite lenta — Della Laringite crupale — Delle Ulcerazioni della laringe — Dello Spasmo della glottide — Della cura.

Dell'Epistassi. — Finora non ebbi mai occasione di osservare questa malattia nei bambini del primo anno di vita nemmeno durante il periodo prodromico d'una malattia infettiva acuta ed in quelli che avendo sofferto qualche altro morbo di lunga durata sono affetti dalla porpora emorragica. Per cui non si può in nessun modo ammettere che l'epistassi annunzi le infezioni acute in tutti i casi.

Nei ragazzi d'alcuni anni non di rado dipende dalla fragilità dei vasi capillari che li predispone eziandio ad altre emorragie.

Nei ragazzi robusti d'alcuni anni risolve non di raro una congestione cerebrale prodotta da insolazione e diminuisce l'intensità delle nevralgie cefaliche, le quali hanno la medesima causa.

Precede alcune volte il catarro nasale acuto e annunzia il distaccarsi delle membrane difteriche le quali hanno invaso le fosse nasali o l'estendersi delle ulcerazioni della mucosa che riveste le pareti delle cavità olfattorie.

Dipende anche da cause traumatiche come colpi, cadute e dall'abitudine di alcuni ragazzi di introdurre nel naso le dita o dei corpi estranei come fagiuoli, bottoni, piselli, uncini, piccole monete, ecc., per il loro capriccio o per l'inavvertenza dei parenti.

Le cure che si debbono prestare dipendono quindi dalla gravità della malattia, dal suo ripetersi più o meno frequentemente, ed infine dalla causa che l'ha prodotta.

Essendo leggiera basteranno i bagni freddi applicati al naso, alla regione frontale e lungo il dorso. L'epistassi della parte anteriore delle fosse nasali si arresta qualche volta colla compressione delle estremità terminali dell'arteria facciale; col tamponamento anteriore fatto con cotone semplice oppure intriso in una soluzione di percloruro di ferro alla dose dell'uno o del due per cento o con quello emostatico, dopo

il quale si fa tenere flessa sul petto la testa del ragazzo affinchè il coagulo possa estendersi fino al punto donde nacque l'emorragia. Essendo questa grave e incerto il luogo della sua origine, sono sempre utili le iniezioni astringenti e coagulanti; l'applicazione del freddo, il tenere sollevato per mezzo delle braccia dal suolo il paziente, di cui verificai molte volte l'effetto, ed infine il tamponamento della parte posteriore colla sonda di Bellocq seguito ora dalle iniezioni emostatiche d'una soluzione più concentrata di percloruro di ferro, ora dal tamponamento delle parti anteriori.

Questi soccorsi saranno seguiti dalla cura delle malattie concomitanti o da quelle che la produssero, non che dello stato costituzionale. Si prescriveranno quindi i ferruginosi, il fosfato di calce, l'olio di merluzzo, l'emulsione Scott, ecc., secondo i casi pratici. Si tratterà coi purganti salini la congestione cerebrale dei ragazzi robusti i quali soffrono questa malattia ripetutamente.

Del Catarro nasale acuto. — È comune ai bambini di tutte le età ed avviene la maggior parte delle volte in seguito all'azione delle cause reumatiche. Non è accompagnato da febbre se la malattia sta localizzata sulla mucosa olfattoria, ma solo quando il processo morboso si diffonde alle mucose vicine, oppure che tutte contemporaneamente sono colpite dal processo morboso. Accompagna le malattie infettive acute.

La malattia non è grave per se stessa, ma relativamente all'età dei bambini, e non come si crede ordinariamente. Così nei lattanti la turgescenza della mucosa congestionata chiude quasi sempre completamente le fosse nasali per cui sono costretti a respirare colla bocca, ciò che impedisce il succhiamento del latte. Ma io non vidi mai bambini in pericolo di vita per questo motivo. Imperocchè la tumefazione della mucosa dura pochi giorni, il succhiamento pochi minuti, per cui una paziente nutrice potrà sempre allattare egualmente il proprio bambino somministrandogli il latte direttamente o con un cucchiaino o spremendoglielo in bocca. Avrà inoltre la cura di rimuovere dalle narici e col mezzo d'un pennello le croste e le mucosità accumulate bagnandole con acqua tiepida, rammollendole con glicerina o coll'olio di mandorle dolci parecchie volte al giorno, secondo che sarà più o meno necessario.

Se il bambino ha la febbre, oppure presenterà di quando in quando le estremità fredde, dovrà essere tenuto nel suo letticiuolo e curato opportunamente, come si disse già più volte negli appositi paragrafi. Cioè riscaldandolo nel secondo caso con una pezza di lana profumata e applicata su di tutto il corpo, con bottigliette di acqua calda disposte sui

lati del medesimo e in mezzo alle gambe onde eccitare la diaforesi: non bastando si useranno i febbrifughi qualora la febbre duri a lungo. Nei lattanti non occorre fare di più purchè non vi siano complicazioni.

I bambini di alcuni anni d'età vanno curati come i suddetti, aggiungendo, per ottenere meglio la diaforesi, delle bevande aromatiche calde nelle quali si possono fare sciogliere le dosi adatte all'età di salicilato di soda.

L'effetto principale che si desidera ottenere da questa cura è d'impedire l'estendersi del processo morboso agli organi contigui.

Il frequente ripetersi delle rinite acute darà occasione al medico di sorvegliare le abitudini igieniche del ragazzo, dando i consigli opportuni, e di guardare se sia affetto da qualche diatesi congenita di cui questa malattia possa essere una delle primitive manifestazioni facendosi cronica.

Nei casi ordinari, per distrurre la predisposizione a questa malattia, basta attivare e regolare le funzioni cutanee coi bagni ordinari o di mare, colla cura idropatica e avezzando i ragazzi a uscire frequentemente di casa qualunque tempo faccia onde abituarli per tempo a non subire gli effetti delle condizioni atmosferiche.

Del Catarro nasale cronico. — È sempre sostenuto da una diatesi ereditaria. La secrezione che non sempre è molto copiosa, ma solo verso il finire delle riacutizzazioni, consiste principalmente di pus che si forma sulla superficie libera di ulcerazioni sparse qua e là sulla mucosa congestionata e ispessita cronicamente. Le quali ora dipendono dall'approfondarsi delle abrasioni epiteliali che non si ripararono nel periodo della risoluzione del catarro acuto, oppure da un'osteite o periostite o dalla carie delle ossa nasali.

Ben di raro, come si crede abitualmente, avviene la loro perforazione e quindi il passaggio dell'iniezione fatta a scopo terapeutico da una fossa nasale nell'altra. Il catarro cronico di queste regioni riacutizzandosi può propagarsi, come si osserva ordinariamente, alla vôlta della faringe ed essere causa di una provvisoria sordità, cagionando, mediante la tumefazione della mucosa, la chiusura della tromba d'Eustacchio. Dalle suddette località le abrasioni o le ulcerazioni si estendono talvolta in basso nelle regioni posteriori e laterali del faringe. In questi casi osservai alcune volte che la malattia era accompagnata da febbre e da ingorgo acuto delle ghiandole linfatiche delle regioni corrispondenti.

Se le ulcerazioni sono semplicemente catarrali, cioè se interessano solamente la mucosa, il liquido eliminato e raccolto nel fazzoletto non ha odore fetido oppure è molto leggiero. Se vengono intaccate le ossa,

invece l'odore è ributtante e caratteristico, e talvolta si sente a distanza. Le parti anteriori delle fosse nasali si vedono otturate da croste ora gialle, ora grigie, ora sanguinolenti che si rinnovano frequentemente per l'abitudine che acquista il ragazzo di esportarle colle dita.

La cura va diretta alla località e allo stato generale ad un tempo. Si devono usare i maggiori riguardi di pulizia per la parte ammalata, i quali richiedono prima di tutto delle iniezioni detersive per allontanare il pus, il muco, l'icore, le croste, ecc. che produconsi continuamente e trovansi accumulati anche nelle regioni posteriori, affinchè non subiscano la fermentazione putrida.

Si medicheranno anche le ulcerazioni catarrali per quanto sembrino avere poca importanza, onde impedire il loro ulteriore approfondarsi ed estendersi nei tessuti attigui, e per trasformarle in piaghe di buona natura.

Le iniezioni detersive si fanno con leggiere soluzioni di bicarbonato di soda, biborato di soda, acqua di calce, acqua tiepida, ecc. Le disinfettanti con acido fenico alla dose dell'uno per cento, permanganato di potassa dell'uno per duecento di acqua distillata, con ipoclorito di calce alla dose del cinque o dieci per centocinquanta o duecento di acqua comune, oppure con acido borico alla dose del tre per cento.

Pulite e disinfettate che siano le superficie ammalate si useranno altri rimedi, regolandoci dall'effetto che si vorrà ottenere, e secondo che saranno più o meno accessibili alla vista e possibili da medicare. Si possono quindi toccare con un pennello intriso in una soluzione di nitrato d'argento alla dose di un gramma per trenta o quaranta grammi d'acqua distillata, una o due volte al giorno. Se la secrezione proveniente dalle ulcerazioni fosse molto sierosa alla suddetta medicazione si può sostituire l'astringente e fare delle iniezioni di solfato di rame o di zinco, di allume, di tannino sciolti in acqua nelle proporzioni dell'uno per cento, più volte nelle ventiquattro ore. Facendo però in modo che il ragazzo possa chinare la testa sul petto durante l'operazione onde non inghiottire il rimedio. Per fare queste iniezioni si proposero delle apposite siringhette il cui canale di getto è curvo su di se stesso collo scopo di impedire che il liquido iniettato prenda la via delle fauci. Per averle sperimentate posso dichiarare che questo effetto non è ottenuto in modo soddisfacente.

Un mezzo facile e molto comodo per curare queste malattie è l'insufflazione di polveri fatta coll'apposito strumento che le inietta. Con esso si può applicare sulle ulcerazioni visibili il iodoformio, l'acido salicilico

o borico in polvere finissima, diverse volte al giorno, puri o mescolati con dell'amido o dello zucchero. Il nitrato d'argento ed il tannino e gli altri astringenti sono eziandio di grande utilità, come anche il calomelano a vapore.

P. Calomelano a vapore . . . . grammi uno
Amido polverato . . . . . » uno
s. m. e si divida in venti dosi uguali
(d. u. quattro volte al giorno per fare delle insufflazioni).

P. Acido salicilico . . . . grammi cinque
Amido polverato . . . . . » tre
s. m. e si divida in cinquanta dosi eguali
(d. u. cinque al giorno per fare delle insufflazioni).

Tanto l'uno quanto l'altro di questi rimedi, senza esser divisi in dosi possono anche essere usati col mezzo d'un pennello con cui si toccano le ulcerazioni visibili.

P. Tannino . . . . grammi uno
Diviso in venti dosi eguali
(da usarsi come si disse di sopra).

Se succedesse l'epistassi dall'approfondarsi delle ulcerazioni si faccia una cura diversa, secondochè sono visibili o non. Nel primo caso si applichi su di esse del cotone emostatico o intriso in una soluzione di percloruro di ferro nella proporzione di due o tre per cento. In caso contrario si facciano delle iniezioni con una soluzione più leggiera. Occorrendo si applichi eziandio il freddo sulla regione nasale e si faccia il tamponamento anteriore o posteriore come già si è detto.

L'uso continuo e costante di questi rimedi unitamente a quello del ioduro di potassio o dell'acqua salso-iodica di Sales, del ioduro di ferro in forma di sciroppo; oppure dell'olio di merluzzo, emulsione Scott, o Pignatelli, ecc., d'un vitto ricostituente e adatto alla forma della diatesi presentata dal bambino faranno ottenere la sua guarigione alle famiglie che seguiranno per filo e per segno i consigli del medico.

Nella buona stagione si manderanno ora ai bagni di mare ora in montagna, secondochè prevalerà la scrofola torpida o la eretistica del bambino oppure la forma intermedia più vicina all'uno o all'altro di questi due tipi.

Le osteiti, le periostiti, le ulcerazioni delle ossa nasali con perforazioni si cureranno nello stesso modo.

Se il bambino soffrì di sifilide congenita si deve somministrare il sciroppo del Gybert.

Del Catarro acuto della laringe. — Questa malattia è comune ai bambini di tutte le età, cominciando dalla prima settimana di vita. È cosa molto rara che non sia preceduta o accompagnata dal catarro delle fosse nasali, della faringe dell'istmo delle fauci, e questo si osserva quasi esclusivamente nei ragazzi d'alcuni anni. Precede o succede nella maggior parte dei casi contemporaneamente all'infiammazione della trachea, dalla quale poi per la poca estensione dell'albero bronchiale può propagarsi alle sue ultime diramazioni e perfino alle vescicole polmonari, mentre il processo morboso primitivo sta risolvendosi. È quasi sempre cagionata da causa reumatica, dall'introduzione di polvere nelle vie respiratorie, ecc.

Il pericolo in cui può versare l'ammalato affetto da questa malattia dipende dal volume dell'organo e dal grado di turgescenza della membrana mucosa; per cui diventa successivamente più piccolo di mano in mano che il bambino si avanza negli anni perchè la laringe va assumendo gradatamente la forma osservata nell'adulto e ampliandosi trasversalmente. Però nei lattanti la chiusura può farsi in poche ore.

Nei ragazzi d'alcuni anni i sintomi sono già assai simili a quelli presentati dagli adulti che sono: la voce più o meno rauca o afona, la tosse latrante ed irritativa qualche volta accompagnata da un dolore urente corrispondentemente alla regione ammalata e col tempo da altri dolori all'epigastrio ed alle regioni superiori del torace. La dispnea è proporzionale alla parte rimasta permeabile dell'organo e quasi sempre minima.

Nei lattanti e anche nei bambini di due o tre anni questo sintomo si presenta con molta gravità unitamente alla voce afona, latrante, ecc. Così che i loro movimenti respiratorii devono farsi molto limitatamente e tanto più l'inspirazione affinchè non avvenga la chiusura completa della glottide e quindi l'accesso di soffocazione.

Il quale avviene sempre dopo uno sforzo inspiratorio. Venendo sospesa la respirazione per alcuni minuti secondi la faccia diventa suffusa e cianotica, le labbra di color rosso violaceo e gli organi encefalici congestionati gravemente per l'impedito ritorno del sangue verso il torace. Il bambino apre la bocca e innalza la testa quasi per cercare dell'aria, le braccia si estendono davanti quasi per cercare un punto di appoggio finchè si ristabilisce di nuovo la respirazione.

Questo accesso è seguito da rilasciamento muscolare generale, e quindi anche da quelli della laringe per cui la respirazione diventa relativamente più libera. Se nonchè la stanchezza dei muscoli respiratorii impedisce che per qualche tempo adempiano regolarmente alla loro funzione per cui la respirazione continua sempre ad essere frequente e superficiale e quindi

è insufficiente per cui la cianosi non si dissipa mai completamente. Il polso diventa debole e molto frequente e nei lattanti le fontanelle si deprimono e pulsano molto debolmente.

Ma non ostante l'intensità di questi accessi e le loro conseguenze la guarigione può avvenire egualmente, purchè non si ripetano troppo spesso e non diventi eccessiva la turgidità della mucosa.

Per tutta la durata della malattia la dispnea è anche accompagnata dall'infossamento dell'epigastrio, massimamente durante un accesso, dal movimento delle narici, dal tenere che fa il bambino la bocca aperta.

L'inquietezza è anche un sintomo della malattia, sebbene secondario, per cui ora vogliono stare a letto, ora essere presi in braccio, ora andare verso la finestra a cercare dell'aria.

La morte prossima è sempre annunziata dal grave rilasciamento muscolare, da sonnolenza, e dalla dispnea successivamente crescente.

Gli accessi non avvengono in tutti i bambini affetti da questa malattia ma non per questo cessa d'essere grave. Imperocchè in questi casi la reazione dell'organismo contro il processo morboso è molto debole o per la sua gracilità o perchè avviene più rapidamente la paralisi dei centri nervosi.

In questi bambini manca anche la tosse destinata ad espellere il muco che ottura la già ristretta laringe per cui viene surrogata da sforzi di vomito, i quali sono pure causa di chiusura della glottide ma di più breve durata.

La guarigione è indicata dal ristabilirsi della voce, dal farsi la tosse più catarrale, dal diminuire della dispnea, la quale però non cessa mai del tutto allorquando il medico dichiara guarito il suo ammalato. Ed è indicata dal persistente infossamento dell'epigastrio, durante l'inspirazione, sebbene più leggiero, e dal diventare facilmente ansante la respirazione dopo la salita di una scala, un salto, dopo aver riso di molta voglia, dopo il solletico, ecc.

Non viene più disturbato però il sonno del bambino. Questi sintomi ci lasciano dubitare che sia rimasto un ispessimento anche di poca importanza nella mucosa.

Questa malattia ha una gran tendenza alla cronicità ed i bambini che ne furono affetti una volta vi ricadono facilmente. E questa predisposizione è conservata ancora nell'età adulta.

L'accesso di soffocazione di cui si è tentato di fare una sommaria descrizione è molto simile a quello dipendente dall'accumulamento delle membrane crupali o difteriche nella laringe.

Per cui conviene distinguerlo. Si riesce a far ciò esaminando frequentemente le fauci ed il collo degli ammalati. Se la laringite è accompagnata da formazioni di placche difteriche o crupali è cosa rarissima che non siano comparse dapprima nelle tonsille o nella faringe prima di propagarsi alle parti superiori dello apparato respiratorio, oppure che dalla laringe non siansi estese in un senso contrario. Ed è anche rara la laringite non accompagnata dalla tumefazione della mucosa dei pilastri o degli archi del palato, della faringe.

Le ghiandole linfatiche infiammate acutamente nel decorso della malattia in corrispondenza degli angoli del mascellare inferiore accusano la difterite di cui il rapido esito letale è talvolta annunziato dall'intensità del processo flogistico che le invase.

Della Laringite lenta. — La laringite lenta si osserva quasi esclusivamente nei ragazzi di alcuni anni di vita tenuti in cattive condizioni igieniche per cui sono anemici denutriti, ed hanno il sistema ghiandolare cutaneo poco o troppo funzionante e i di cui nervi sono eccessivamente sensibili. Questi hanno frequentemente la voce rauca, inghiottiscono male le sostanze liquide, per cui non di raro esse penetrano nella laringe ed imparano per tempo a rimuovere le mucosità che vi si accumulano.

La laringite acuta dei lattanti si cura quasi nello stesso modo di cui si è detto parlando del catarro nasale acuto. Cioè vanno tenuti in un ambiente tiepido, sfasciati, nel loro letticciuolo e coperti con lane calde. Si applichino poscia dei cataplasmi ben caldi intorno al collo o dei profumi e si rinnovino frequentemente; si somministrino delle bevande calde a cucchiaini, le quali contengano in soluzione dello zucchero, o della manna, o della gomma, ecc. Se la tosse è troppo solleticante si aggiunga di quando in quando ad ogni cucchiaino di mistura calda una o due goccie d'acqua di mandorle amare, avvertendo di cominciar a somministrare questi rimedi ai bambini di qualche anno di vita. Si tenga il loro ventre libero prima con leggieri purganti, poscia per mezzo di clisteri. La febbre va curata secondo la sua importanza e la durata e di preferenza col salicilato di soda che col chinino. Se è piccola basteranno a curarla i diaforetici, i purgativi ed il riposo a letto.

Appena che il periodo catarrale sia successo a quello congestizio si prescriva o la poligala o l'ipecaquana in infusione calda nel modo di cui è detto nell'apposito paragrafo degli espettoranti. Così si ecciterà la tosse, si favorirà l'espettorazione e si impedirà la dispnea prodotta dalla deficiente eliminazione del muco. Si può unire agli espettoranti qualche rimedio eccitante l'azione cardiaca, qualora la comparsa della cianosi ci

dimostri come la turgescenza eccessiva della mucosa renda la respirazione difficile, e sia debole l'azione del cuore. Si disse già di essi più volte per cui trovo inutile il ripetere.

Contemporaneamente si somministri brodo caldo, qualche cucchiaino di infuso aromatico caldo, si sparga di senapa nera polverata recentemente il cataplasma che si appone al collo dell'ammalato e se ne metta anche uno sul petto quando occorre.

Infine essendo la vita del bambino minacciata dell'imminente asfissia è indicata la tracheotomia.

Il metodo più spiccio per operarla è l'uso dell'uncino scanalato sulla convessità che si introduce sotto la cartilagine cricoide, col quale si può sollevare la trachea, fissarla e mantenere dilatata la ferita nello stesso tempo. Il bistori è guidato nel praticare il taglio della trachea dalla scanalatura dell'uncino; deve essere acuto quello che fa la prima parte dell'incisione, bottonato quello che l'allunga in basso per non ferire la parte posteriore della trachea. Fatta l'incisione, che deve essere di molto maggior ampiezza di quella richiesta dalla circonferenza della cannula, si introduce questa prima di estrarre l'uncino: così l'operazione sarà più presto finita e non occorrerà l'uso del dilatatore.

Nei bambini avanzati in età la malattia non ha più l'importanza osservata nei lattanti. Però la tosse iu sul principio sarà più stizzosa e frequente da necessitare l'uso dei calmanti antispasmodici come l'estratto acquoso di giusquiamo, di belladonna, di stramonio, ecc., i quali si potranno prescrivere ora colla mistura diaforetica, ora coi rimedi febbrifughi o coi tonici secondo i casi. Come per esempio:

P. Salicilato di soda . . . . grammi uno
Acqua di melissa . . . . » quaranta
Estratto di acqua giusquiamo . centigr. quindici
Sciroppo comune . . . . grammi dieci
(Un cucchiaino ogni due ore per i bambini di cinque anni, ogni tre ore per quelli di quattro anni).

Anche in questi saranno utili i cataplasmi caldi sulla regione anteriore del collo. La loro nutrizione sia leggiera fintantochè dura la febbre e fatta con brodo o latte caldo spannato a piccole quantità e frequentemente; vanno poi anche somministrati gli espettoranti, tanto più se la formazione del catarro non è accompagnata dalla tosse.

Se però questi non bastassero a produrre una tosse efficace ad espellere il muco e fosse grande la turgescenza della mucosa laringea, si ricorra immediatamente agli emetici coi quali si vuoterà la laringe, la trachea e

il ventricolo del catarro accumulato e se quello scelto sarà il tartaro stibiato, si vuoteranno eziandio gli intestini e si rilascieranno anche tutti i muscoli della laringe per cui in molti modi verrà facilitata la respirazione.

P. Tartaro stibiato . . . . centigr. cinque
Acqua distillata . . . . . grammi cento
(si dia caldo fino ad effetto e a cucchiaini).

P. Solfato di rame . . . . grammi uno
Acqua distillata . . . . » cento
(come sopra).

P. Infuso di ipecaquana al due per cento
(a cucchiaini).

Ma può succedere che non si possano usare questi rimedii o per il capriccio del bambino o per altri motivi più importanti. In questi casi si prescriverà l'apomorfina per mezzo dell'iniezione ipodermica.

P. Cloridrato di apomorfina . centigr. uno o due
Acqua distillata . . . . . grammi dieci o venti
(per iniezioni ipodermiche).

Ordinariamente basta una sola iniezione ad ottenere l'effetto vomitivo o espettorante in pochi minuti nei bambini di tre anni.

Volendo somministrare questo rimedio a cucchiaini si prescriva nel seguente modo:

P. Cloridrato di apomorfina . . . . centigr. uno
Acqua distillata . . . . grammi cento
Sciroppo comune . . . . » venti
(un cucchiaino ogni due o tre ore).

Si varierà la dose secondo l'età dell'ammalato e la rapidità degli effetti.

Terminato lo stadio acuto della malattia, converrà moderare l'ipersecrezione della mucosa, la sua turgescenza, il suo rilasciamento e quello dei muscoli, tanto più se il ragazzo soffrì ripetute volte la laringite ed è di costituzione debole.

A questo effetto serviranno le inalazioni di acqua di catrame, di tannino, di allume, di solfato di zinco, di nitrato d'argento e di olio essenziale di trementina, ecc.

P. Tannino . . . . grammi uno
Acqua comune o di catrame . . . . . » cento

P. Allume di rocca o solfato di zinco o di ferro » uno
Acqua comune . . . . » cento

P. Nitrato d'argento . . . . centigr. trenta
Acqua distillata. . . . . grammi cento

Nel fare le inalazioni sui bambini bisogna usare l'avvertenza di introdurre nella loro bocca il tubo di vetro a padiglione, così la nube non incontrerà ostacoli onde penetrare nella laringe, e non ci sarà il guaio di vedere bagnata e alcune volte tinta la loro faccia. Si potranno ripetere due o tre volte al giorno, di cui l'ultima prima di metterlo a letto e la prima alcune ore dopo l'alzata e far durare le sedute fino a dieci minuti. In quanto al modo d'inalare l'essenza di trementina parlerò in altri paragrafi.

Con questi mezzi si cureranno eziandio le ulcerazioni catarrali, le scrofolose, ecc.

La cura delle malattie costituzionali e diatesiche deve sempre accompagnare quella delle laringite lenta o protrarsi anche dopo la sua guarigione: lo stesso dicasi di quella ricostituente.

Del Crup della laringe. — Questa malattia è ordinariamente preceduta dal catarro acuto, il quale si osserva non soltanto nella località dove più tardi compariranno le false membrane ma ancora nelle regioni vicine per cui può essere da principio scambiata per una laringite catarrale acuta tanto più quando è preceduta dal catarro della congiuntiva, della mucosa nasale, dell'istmo delle fauci e della faringe. Per cui il bambino da principio starnuta, inghiottisce con difficoltà e con dolore, accusa un bruciore nella gola ed ha la voce rauca.

Altre volte invece incomincia improvvisamente in mezzo alle più belle apparenze di salute; ed invade immediatamente la laringe per cui è soltanto dopo di essa che vengono affette dal catarro o dalle placche crupali le regioni superiori.

La tosse dapprima è affatto analoga a quella della laringite catarrale, poscia diventa latrante in luogo di farsi umida. Nello stesso tempo aumenta la dispnea e la cianosi ed avvengono se non sempre, almeno nella maggior parte dei casi, degli accessi di soffocazione durante i quali la faccia diventa suffusa, turgide le vene del collo, sospesa per alcuni istanti la respirazione mentre il bambino in preda all'angoscia mette le mani ora sul collo ora sulla bocca per mostrare il luogo nel quale sente l'ostacolo che gli impedisce di respirare.

Se l'espettorazione o il vomito che la surroga sono insufficienti a staccare e ad eliminare le membrane, oppure se dopo che questo è avvenuto se ne producono delle altre nella stessa località o in regioni attigue, le quali ordinariamente sono la trachea e i bronchi, vengono in scena i fenomeni asfittici. . . . .

Allora le estremità diventano fredde e dopo di esse il tronco, per cui

non vi è più da fidarsi ad applicare il termometro sotto le ascelle nè alla piegatura inguinale per conoscere la temperatura dell'organismo, ma conviene ricavarla introducendolo nell'intestino retto ed allora soltanto si vede quale contrasto vi sia fra quella della superficie del corpo e l'altra segnata dal termometro.

I muscoli sono rilasciati ad eccezione di quelli inspiratorii la cui attività è accresciuta; gli occhi sono senza vivacità, le palpebre semichiuse, vi è sonnolenza, e il polso rapido e debolissimo. La morte avviene perchè la paralisi va sempre più invadendo i centri nervosi e dopo qualche più leggiero accesso di soffocazione o qualche movimento convulsivo.

La febbre che l'accompagna è quasi sempre molto alta da raggiungere alcune volte il massimo di 40° C. o 41° C. e persiste nel medesimo fino alla morte o in caso contrario fino all'eliminazione delle membrane. Alcune volte è assai più piccola o manca ed è sostituita da una serie di fenomeni che ci fanno diagnosticare un semplice stato reumatico se non vi è l'avvertenza di esaminare le fauci e il collo.

All'autopsia si trova una membrana bianca o grigiastra costituita da fibrina coagulata, la quale trovasi distesa e poco aderente sulla mucosa della regione ammalata, levata la quale quella apparisce priva d'epitelio. Le parti vicine dell'apparecchio respiratorio presentano le lesioni proprie del catarro, cioè tumefazione e congestione della mucosa, eccessiva secrezione delle ghiandole rispettive, erosioni d'epitelio, ecc. Ed è da queste regioni che viene segregato il muco filante eliminato qualche volta colla tosse o col vomito dal ragazzo nel decorso della malattia.

Alcune volte le membrane si estendono fino ai bronchi medii e venendo espulse e messe nell'acqua prendono la forma ramificata della regione che avevano invaso.

Contemporaneamente si trova la congestione encefalica con trasudazione sierosa, e la congestione polmonare con edema.

È complicato qualche volta colla difterite ed allora vi è anche l'ingorgo acuto delle ghiandole linfatiche corrispondenti alla regione ammalata.

Alcune volte poi mi successe di fare delle autopsie di bambini morti di broncopolmonite e curati per questa malattia, nei quali trovai delle placche crupali limitate alla glottide, all'epiglottide e alla faccia anteriore della trachea, la quale ne era coperta a guisa d'un lungo nastro, senza che una proporzionale dispnea avesse rivelato degli ostacoli all'entrata dell'aria nelle prime vie dell'apparecchio respiratorio.

Al pari della difterite avviene talvolta nel decorso o durante i processi morbosi infettivi acuti da sola, ora sporadicamente ora in forma epidemica,

ed allora è causata quasi sempre da cause reumatiche, come umidità, venti freddi, oppure da calori eccessivi, ecc.

La cura va fatta con molta diligenza ed assiduità. Si mandi immediatamente a letto e si isoli qualunque bambino che presenti i sintomi d'un catarro laringeo con voce rauca, tosse latrante, ecc. Se vi è già il crup della faringe si curi con premura e con insistenza, sebbene siano sempre vani gli sforzi diretti a impedire la diffusione del processo morboso nell'apparecchio respiratorio, invadendo il quale, è mortale nella maggior parte dei casi.

L'atmosfera della stanza dell'ammalato deve essere rinnovata frequentemente e resa un po' tiepida ed umida con acqua riscaldatavi continuamente o col mezzo d'un polverizzatore.

Non si somministrino in sul principio della malattia gli emetici essendo allora inutili, imperocchè non diminuiscono la turgescenza della mucosa e indeboliscono l'attività nervosa e cardiaca qualora vengano assorbiti.

Serviranno più tardi ad espellere la membrane distaccate o a farle distaccare coi movimenti violenti che comunicano col vomito ai muscoli della parte ammalata.

Tanto in principio della malattia quanto nel suo decorso si somministri qualche purgante per vuotare gli intestini e lasciar libere le escursioni del diaframma; ciò che si può ottenere ma solo in parte anche col mezzo dei clisteri.

Si applichino dei cataplasmi ben caldi attorno al collo e si rinnovino spesso.

Bisogna anche ricordarsi e metter ben sotto gli occhi delle famiglie come la medicina non possiede rimedi che servano a impedire la formazione delle membrane crupali, nè a scioglierle; per cui con questo scopo è anche inutile che il medico prescriva il calomelano, il tartaro stibiato e simili, somministrati in un'epoca in cui non si aveva ancora un'idea chiara della malattia.

La cura locale si fa colle polverizzazioni per cui furono proposti e usati tanto gli acidi quanto gli alcalini compreso il vapore acqueo, il quale ha per effetto di far gonfiare e macerare le membrane purchè vi sia portato continuamente. Del resto io credo che ad esso più ch'alla natura chimica del liquido polverizzato qualunque essa sia si debbano attribuire gli effetti prodotti sulle membrane ed il loro distacco.

Portando poi questi od altri rimedii al loro contatto col mezzo d'un pennello si esercita eziandio un'azione meccanica la quale talvolta ne produce o ne favorisce la caduta.

La pilocarpina va anche raccomandata nel crup delle tonsille e della faringe per la gran quantità di saliva che viene portato a contatto delle pseudomembrane durante la sua somministrazione.

Nell'Ospizio curiamo quelle visibili col succo di limone portandolo su di esse con un pennello molte volte al giorno. Facciamo poi in questo caso e per curare le membrane della laringe delle polverizzazioni di acido lattico a caldo.

Nei casi leggieri usiamo anche prescrivere le pennellazioni con miele rosato e borato di soda o acido borico e clorato di soda o di potassa, e nei ragazzi che già sanno gargarizzare si possono prescrivere gli stessi rimedi da usarsi in questo modo.

La dose dell'acido lattico da noi usato è al tre per cento perchè teniamo conto dell'azione del polverizzatore che diluisce la soluzione. Degli altri rimedi si è già parlato in altri paragrafi.

Contemporaneamente va somministrata al bambino qualche mistura espettorante di cui già si disse nel precedente paragrafo.

Nei gravi accessi di dispnea sono indicati e utili i vomitivi i quali, oltre agli altri effetti di cui si disse, hanno per scopo di staccare e di espellere le membrane ciò che succedendo la respirazione si fa più liberamente.

Il non avvenire del vomito è di triste presagio ed indica che incomincia a indebolirsi l'attività riflessa per cui è imminente la paralisi dei centri nervosi. Quindi il più presto possibile si faccia la tracheotomia.

Nel decorso della malattia può avvenire che il bambino debba essere soccorso a cagione della paralisi muscolare successivamente progrediente prodotta dall'asfissia. I soccorsi da prestare sono gli stessi di cui già parlammo nell'apposito paragrafo, cioè bagni caldi, doccie fredde sul torace, cataplasmi senapati sul petto, bagni senapati, ecc. Si somministreranno eziandio gli eccitanti, come la tintura di muschio, di cannella, di succino, ecc.

P. Tintura vinosa di Huxam e acqua comune an. grammi quaranta
(un cucchiaino ogni ora).

P. Acqua di melissa o di menta grammi cento
Tintura di muschio o elisir anodino Hofman goccie dieci, quindici, venti, secondo l'età
(un cucchiaino ogni ora).

Però l'ammalato non si può ancora considerare come guarito anche dopo l'espulsione delle membrane, perchè se ne possono formare delle altre nella stessa regione o nelle vicine, come sarebbero la trachea ed i bronchi. Ed è la mancante eliminazione di queste che rende la tracheo-

tomia pefettamente inutile in una metà dei casi almeno, dopo la quale continua la diffusione del processo morboso. L'operazione va pure sempre raccomandata perchè se non è sempre seguita dalla guarigione almeno prolunga la vitá.

La cannula può lasciarsi a posto alcuni anni di seguito dopo la guarigione della malattia, senza che il ragazzo sia impedito di divertirsi, di correre, saltare, salire per le scale, gridare, nè disturbato nel sonno.

Nei bambini robusti alcune volte, quando l'operazione fu fatta a tempo, succede l'espulsione delle membrane crupali dalla trachea e dai bronchi in seguito di violenti colpi di tosse.

Ma questo non ci deve illudere perchè se la diffusione del processo morboso si estese ai bronchi minori le membrane non vengono staccate nè dai colpi di tosse nè dal vomito, anzi vengono sempre più incuneate nelle loro cavità perchè durante questi atti le pareti bronchiali contraendosi si chiudono su di esse come abbiamo detto avviene per certi frammenti di muco nella bronchite dei bronchi minori per cui rimangono impermeabili le regioni corrispondenti degli alveoli.

Sono complicazioni di non piccola importanza la bronchite dei bronchi medii o capillari o la broncopolmonite, sia che il processo morboso principale resti limitato alle parti superiori dell'albero respiratorio, o si diffonda per la tendenza ad estendersi che hanno anche questi processi morbosi.

Delle Ulcerazioni della laringe. — La presenza delle ulcerazioni nella laringe ci viene rivelata primieramente per mezzo dei sintomi comuni a tutte, di qualunque natura siano, che sono l'afonia, la voce fioca, rauca, la tosse latrante accompagnata qualche volta da bruciore o da solletico. I quali sintomi si osservano eziandio senza però cangiare d'intensità nella paralisi dei muscoli glottidei posteriori i quali impediscono l'avvicinamento e la tensione delle corde vocali e quindi la modulazione della voce. E dipendono non tanto perchè le ulcerazioni siano proprio collocate sulla mucosa che le riveste quanto piuttosto dall'essere questa edematosa e coperta dal catarro che in tali circostanze si segrega in maggiore abbondanza. Per cui se questo non avviene le ulcerazioni della faringe fanno il loro decorso inosservate e vengono soltanto sospettate durante o dopo quelle malattie che sono ordinariamente accompagnate da queste complicazioni. Ne viene altresì un'altra conseguenza che alcune volte si credono guarite quando la voce è completamente ristabilita mentre si trovano solamente nel periodo di riparazione.

Emerge quindi da queste brevi osservazioni di quale utilità sia il

laringoscopio e come col solo suo aiuto si possa fare la diagnosi con assoluta precisione e serva ancora a farci conoscere se la voce afona dipenda da ulcerazioni, da catarro cronico o dalla paralisi dei muscoli posteriori della laringe.

Facendo però astrazione del suo uso, tutte le volte che un ragazzo perde la voce dopo aver sofferta una febbre tifoidea, un vaiuolo o vaiuoloide, un catarro laringeo acuto o cronico, la difterite della laringe o la sifilide congenita o acquista, o è di abito scrofoloso, ecc., abbiamo il diritto di sospettare che vi siano delle ulcerazioni laringee, se l'afonia, la tosse abbaiante, ecc., si protraggono molto a lungo.

Nei bambini la guarigione avviene nella maggior parte dei casi purchè il loro andamento non venga interrotto o peggiorato dall'intervenire d'una malattia acuta o cronica la quale ne ritarda la riparazione se pur non promuove l'estendersi dell'ulcerazione per le cattive condizioni di nutrizione in cui si trova l'organismo. Imperocchè più che la cura locale sono necessarie le ottime condizioni igieniche di buon'aria, buon vitto, clima adatto, ecc.

Quelle dipendenti dalle malattie costituzionali, come la scrofola, la sifilide, ecc., guariscono solamente facendo la cura della diatesi di cui parliamo nell'apposito paragrafo.

Ciò non ostante, se è possibile è meglio fare anche la cura locale per tentare di ottenere più presto la loro guarigione.

Si usano a questo scopo dei liquidi medicamentosi i quali vanno spinti con un forte polverizzatore o debbono essere gargarizzati se è affetta l'epiglottide o la faccia superiore della glottide, oppure delle polveri introdotte nella cavità laringea con un insufflatore speciale o assorbita direttamente dai ragazzi che vi si adattano col mezzo di un cannello di vetro di due millimetri di diametro e della lunghezza di dieci o dodici centimetri: il quale si introduce in parte nella bocca che si chiude su di esso, si chiudono poscia anche le narici. Ed il ragazzo compie una profonda inspirazione che la porta sulla località ammalata. Le polveri possono anche essere portate sulla glottide mediante un pennello o una spugna collocata su di un'asticella di legno.

Le seguenti formule sono utili anche per curare la laringite catarrale lenta e quelle indicate nel suo paragrafo servono anche per le ulcerazioni laringee.

P. Nitrato d'argento cristallizzato e polverato centigr. cinque
Zuccaro polverato finissimamente . . . grammi uno
s. m. e si divida in venti dosi eguali
(due insufflazioni al giorno).

P. Tannino grammi uno, diviso in venti o trenta dosi eguali (due insufflazioni al giorno).

P. Calomelano a vapore . . grammi uno
Amido polv. . . . . . » uno
s. m. e si divida in venti dosi eguali
(due insufflazioni al giorno).

Dello Spasmo della glottide. — La malattia conosciuta sotto questo nome viene sempre ad accessi separati da intervalli assolutamente liberi. Questi sono prodotti durante una profonda inspirazione dalla chiusura della glottide la quale può farsi completamente, nel qual caso riescono più gravi ed imponenti ma in contraccambio sono più brevi. Se la chiusura non è completa l'aria dovendo passare per una stretta fessura produce un rumore fischiante che si prolunga per quasi tutta la durata dell'accesso. Per la sospensione della respirazione la faccia diventa livida, le labbra di color rosso oscuro, i muscoli respiratorii sono violentemente contratti, finchè pochi minuti dopo cessa repentinamente perchè l'asfissia li fa rilasciare tutti, compresi quelli della laringe. L'ammalato non muore mai durante l'accesso ed anzi non di raro succede che guarisca spontaneamente.

Ciò non ostante la gravità della malattia esige che il medico se ne occupi seriamente per il pericolo che il bambino corre e per le conseguenze che dall'accesso possono derivare.

Se arriva al letto dell'infermo durante il medesimo non stia a tormentarlo con clisteri antispasmodici o laudanizzati come ancora si usa, il cui effetto si farà sentire alcune ore dopo, quando non sarà più necessario; meno ancora con rimedi da darsi a cucchiai, imperciocchè il bambino è incapace di inghiottire. Si faccia mettere piuttosto al sopravvenire d'ogni accesso, se si può, in un bagno tiepido, tenendogli però coperto il capo con pezzuole fredde. Gli si faccia fregare il dorso, il ventre, il petto ruvidamente e versare dell'acqua fredda sul torace in forma di doccia. Generalmente dopo questi soccorsi l'accesso sarà finito. Se però ciò non succede si continuino le doccie, il bagno e le fregazioni.

Si estragga dopo il bambino dalla vasca e gli si applichino sul petto dei senapismi o gli si facciano sul petto e sulla parte anteriore del collo delle pennellature con essenza di senapa sciolta nell'alcool alla dose dell'uno per dieci o per quindici. Cessato l'accesso il bambino cadrà in uno stato d'esaurimento di forze proporzionale alla sua durata e gravità, dipendente dalla grande quantità di acido carbonico ritenuto nel corpo e dall'essere eccessivamente stanchi i muscoli respiratorii od i loro ausiliarii

per le violenti contrazioni subite. L'evoluzione cardiaca sarà eziandio molto debole. Si soccorra allora il bambino mettendolo a letto e somministrandogli degli eccitanti, cioè dei brodi caldi, vino caldo, ai più grandicelli; infusi caldi aromatici o acque aromatiche ai più teneri, e si continuino a tenere applicati i senapismi. Se continuasse a diventare allarmante l'adinamia si faccia la respirazione artificiale o coi metodi antichi di cui già dissi o meglio coll'elettricità applicando un reoforo sulle inserzioni diatiche anteriori, l'altro sul decorso del nervo frenico del collo.

Trattandosi poi di prevenire nuovi accessi vanno usati gli antispasmodici a larga dose e per molto tempo. Di essi fu detto nell'apposito paragrafo dove sono anche indicate le dosi ed il modo di somministrarle.

Un metodo molto spiccio ed esclusivo per curare questa malattia durante gli accessi ed anche in seguito, onde impedire il loro ritorno, lo troviamo nelle iniezioni ipodermiche di solfato e di valerianato di atropina. In quanto alla dose osservo che vi sono pochissimi rimedii, i quali presentino degli effetti variabili secondo l'idiosincrasia individuale al pari di questi. Per cui qualunque sia l'età del bambino da curare io consiglio di cominciare sempre dalle dosi piccolissime e di regolarsi dal grado di dilatazione della pupilla per aumentare o diminuire la dose, per sospendere le iniezioni o continuarle. Le soluzioni che propongo sono titolate in questo modo:

P. Solfato di atropina . . . . centigr. uno
Acqua distillata . . . . . grammi cento

P. Valerianato di atropina . . . centigr. uno
Acqua distillata . . . . . grammi cento

Così dieci grammi della medesima contengono un milligramma e quindi ciascun gramma della soluzione contiene un decimo di milligramma ed è dalla metà di questa dose che io propongo di fare l'iniezione di prova ad un bambino di due anni.

L'assorbimento di questi rimedii è molto rapido e questo vantaggio li indica maggiormente nella cura della suddetta malattia.

È inteso che si possono anche usare per far la cura di altri stati spasmodici convulsivi.

Si guardi inoltre che il bambino sia messo in buone condizioni igieniche di camera, di luce, aria, e di nutrizione. E su di questo punto si indaghi sottilmente imperocchè non sempre le famiglie dànno importanza pratica a certe osservazioni del medico riflettenti la perfetta igiene del bambino. Se si tratta di un lattante non si permetta che lo allatti la madre se è

gracile o di costituzione nervosa ma lo si metta invece al petto d'una robusta nutrice di carattere calmo e tranquillo, così il latte non cangierà di qualità col solo cangiarsi degli affetti e della passione della nutrice e l'allattamento progredirà meglio; si farà analogamente per altre osservazioni di cui dirò ancora in altri capitoli.

Se il lattante oltrepassò i sei mesi si badi all'influenza che può esercitare la dentizione sul sistema nervoso. Se slattato si indaghi se il bambino soffre elmintiasi; si badi anche alle malattie già sofferte ed a quelle che possono esserne conseguenza.

CAPITOLO X.

Del Catarro acuto della trachea, dei bronchi e degli alveoli polmonari — Della cura di queste malattie e specialmente degli espettoranti, dei narcotici e della doccia toracica molto utile e non ancora abbastanza applicata — Del Catarro bronchiale cronico — Della Tosse spasmodica — Della cura di queste malattie.

Del Catarro acuto della trachea, dei bronchi e degli alveoli polmonari. — I sintomi di queste malattie sono identici nei bambini e negli adulti. Anche in essi la mucosa in sul primo periodo è congestionata e con essa le ghiandole mucipare, la cui funzione rimane sospesa. Inoltre in proporzione della più o meno grande tumefazione della mucosa e della sua estensione vi è un certo grado di dispnea e un indebolimento funzionale degli organi affetti nel senso che mentre si trattiene nell'organismo una maggior quantità di acido carbonico si introduce anche reciprocamente una minor quantità di ossigeno.

In seguito la sierosità infiltrata nello spessore della mucosa e nel tessuto sottomucoso facendosi strada sotto l'epitelio ne produce il distacco. Allora aumenta anche successivamente la secrezione del muco, il quale si mescola colla medesima e coi globuli purulenti che si formano nelle località prive d'epitelio. I caratteri dell'escreto bronchiale non si possono verificare nei bambini dei primi anni di vita, non ancora capaci di espettorare e che non lo vomitano, ma solo negli altri presso i quali si vedono subire le stesse fasi degli sputi degli adulti, durante i corrispondenti periodi della malattia. Così da principio la loro quantità è minima e sono sierosi e di mano in mano che essa aumenta diventano grigi e filanti, poscia quasi esclusivamente gialli. Quando poi va risolvendosi l'infiammazione delle ghiandole mucose, l'edema e riproducendosi il suo epitelio diventeranno sempre più grigi, densi e scarsi.

La presenza di grandi masse di muco-pus denso e attaccaticcio nei bronchi di calibro medio o nei minori nei quali viene talvolta anche trascinata e trattenuta la loro parte liquida durante gli sforzi inspiratorii occlude molto più della tumefazione della mucosa la loro cavità ed impedisce l'entrata dell'aria nelle ramificazioni che da essi dipendono e quindi nelle vescicole polmonari per cui queste restano impervie o perchè l'acido

carbonico che contengono non può venire eliminato, oppure essendo successo questo le loro pareti combaciarono sopprimendo la cavità perchè durante un nuovo sforzo inspiratorio loro fu impedita l'entrata dell'ossigeno.

Il motivo di questi fatti nei lattanti dipende dal non essere ancora provvisti di muscoli i bronchi tanto medii quanto piccoli, nonchè le vescicole polmonari, negli altri dall'imbibizione sierosa per cui sono assai più cedevoli. Per la stessa cagione, non di raro, la tosse è insufficiente ad espellere il contenuto dei bronchi minori e deve essere aiutata dal vomito e inoltre le regioni bronchiali più invase dal catarro sono sempre le posteriori e le inferiori, cioè le più declivi, qualunque sia la posizione data al corpo del bambino.

La febbre che di raro non accompagna la malattia ed ha in sul principio i caratteri proprii della reumatica non raggiunge mai un grado allarmante, ad eccezione del primo giorno o allorquando la bronchite si propagò rapidamente ai minimi bronchi e agli alveoli polmonari come avviene appunto nelle broncopolmoniti infettive in cui per alcuni giorni il bambino può avere nel mattino una temperatura di 39° C. o 39°,5 C., alla sera anche 41° C., con grande prostrazione di forze, cianosi, anche con una limitata estensione del processo morboso. In generale ad ogni invasione che subisce per parte della malattia l'organo respiratorio vi è un aumento corrispondente di temperatura, talora di poca durata. La febbre dopo essere cessata durante il decorso di questa malattia talvolta ritorna senza essere preceduta da una diffusione del processo morboso, ma solamente perchè si sospese l'espettorazione del secreto bronchiale annunziata dal cessare della tosse ciò che si può verificare coll'esame statico. E questo aumento di temperatura viene alcune volte moderato in tutto o in parte dagli espettoranti o dagli emetici, come mi fu dato di osservare molte volte e non tanto di raro dalla doccia toracica.

Il carattere speciale di diffondersi da una in un'altra regione anche non contigua che ha broncopolmonite dei bambini, dipende secondo il mio modo di vedere dalla poca estensione dell'organo, dalla poca resistenza alle cause della malattia e dalla debolezza circolatoria che interviene frequentemente la quale ha per effetto di favorire il movimento congestizio che precede l'infiammazione d'un organo.

Quindi nello stesso modo che la laringite può essere preceduta dal catarro nasale, della faringe, delle tonsille o del velo pendolo, è talvolta seguita da quello della trachea e questa dall'infiammazione dei bronchi maggiori e talvolta dai minori e da quella dei capillari.

Talora la diffusione si fa allorquando la malattia sta risolvendosi nella regione la quale fu invasa per la prima ed è sempre accompagnata da un aumento di temperatura non che da una tosse secca e solleticante, dolori toracici, ecc.

Le malattie dove questo fatto è ben caratterizzato sono la broncoalveolite e la bronchite dei bronchi minori e dei capillari, e deve sempre essere ricordato dai pratici allorquando si tratta di fare la prognosi relativamente alla durata la quale impone dalle riserve finchè il bambino sia apirettico da due o tre giorni di seguito; salve però sempre le osservazioni fatte di sopra.

L'importanza delle diffusioni riguardo alla gravità della malattia sta in questo che le parti invase per le prime, anche quando sono in via di risoluzione, non sono lasciate dal movimento progrediente del processo morboso assolutamente sane di nuovo e regolarmente funzionanti o almeno in condizioni di funzionare almeno limitatamente, ma non di raro la flussione sanguigna collaterale richiamata dalla nuova irritazione induce un peggioramento nel loro stato. Quindi le regioni impervie o che si possono considerare come tali, sebbene non lo siano a stretto rigore di termine, vanno estendendosi ad ogni eccessiva diffusione, ciò che a lungo andare espone la vita ad un massimo pericolo.

Osservai inoltre in alcuni bambini come essendosi diffuso un catarro dalla laringe all'albero bronchiale verso il finire della malattia venne di nuovo invasa la laringe o almeno mi parve che così dovesse essere successo per essere di nuovo diventata afona la voce, secca e solleticante la tosse, aumentata la temperatura, per cui pensai che si trattasse d'una diffusione del processo morboso in senso inverso. Ma siccome questi bambini, i quali morirono quasi tutti, presentavano anche i sintomi di una asfissia successivamente progrediente e di debolezza cardiaca, che sempre l'accompagna, credetti e mi pare d'essermi apposto al vero che si trattasse invece d'una congestione alla mucosa laringea dipendente da quest'ultima analoga a quella che talvolta osserviamo nei polmoni.

Diffatti la voce afona si osserva eziandio durante i rapidi ed alti aumenti di temperatura i quali sono sempre accompagnati da irregolare funzione cardiaca ciò che si riconosce applicando l'orecchio per il capezzolo sinistro e lo sterno che nei bambini di pochi anni è il luogo di elezione per far l'ascoltazione del cuore. Allora si sente il soffio sistolico dipendente probabilmente dalla indebolita funzione dei muscoli tensori delle valvole auricolo-ventricolari o dall'insufficiente contrazione delle sue pareti oltre che l'altro tono è molto ottuso in luogo d'essere acuto e che

l'evoluzione è molto rapida e quindi insufficiente per essere completa e quindi una piccolissima onda viene spinta nel torrente circolatorio. Analogamente succede negli accessi di debolezza cardiaca la quale interviene nel decorso d'un'endocardite.

Da tutte queste osservazioni risulta come sia necessario esaminare frequentemente i bambini affetti da malattie dell'apparecchio respiratorio e con molta diligenza non dimenticando mai l'applicazione del termometro il quale indica molto bene la regolarità del loro decorso e quindi è un valido e sicuro mezzo per stabilire la prognosi.

Non mi fermo a parlare dei loro sintomi perchè sono analoghi a quelli presentati dagli adulti: osservo solamente che nella maggior parte dei casi il primo esame del torace non dà dei risultati assolutamente giusti per quanto sia stato fatto con molta pazienza e senza premura e non ostante la lunga abitudine posseduta talvolta da chi lo eseguisce. Per cui non c'è motivo da meravigliarsi se dopo averlo ripetuto il giorno dopo o i successivi si ricavino delle deduzioni diverse dalle prime.

Le difficoltà dipendono dalla poca o nessuna abitudine dei ragazzi anche già avanzati negli anni di far uso della propria volontà per compiere le profonde inspirazioni di cui abbisogna il medico perchè il suo esame fin dalla prima volta riesca esatto e minuzioso. Ordinariamente queste sono incomplete e separate da brevi e frequenti evoluzioni espiratorie sia che il bambino pianga o stia attento a quello che fa il medico o faccia sforzi per impedire una solenne risata o per ostinazione si sforzi di non respirare.

Allora può succedere che i rantoli della broncoalveolite siano sentiti da una sola parte o soltanto nel primo tempo della respirazione per cui vengono scambiati per quelli della polmonite crupale, e questo succede tanto più facilmente se sono localizzati nella regione basilare dove colla percussione può farsi rilevare un'ottusità anche leggiera, se vogliamo, per essere ristretta la regione polmonare che si insinua nel seno costo-diaframmatico posteriore: mentre in altri bambini essendo i polmoni poco sviluppati nel senso verticale l'ottusità alla percussione può essere data dagli altri organi contenuti nella regione posteriore dell'addome. Vero è che per far la diagnosi della polmonite crupale è necessario sentire ancora il soffio bronchiale e la respirazione enfisematosa di tutte le altre regioni, ma questi sintomi non esistono ancora nei primi giorni di malattia e d'altra parte sono poco accentuati nelle polmoniti crupali limitate e d'altra parte non è da un solo sintomo, nei casi equivoci, ma dal complesso che viene dedotta la diagnosi.

In quanto alle cause osservo essere nella maggior parte dei casi di

natura reumatica, ma non sempre nel senso che vi sia stata una soppressione di sudore improvvisa o un'eccessiva secrezione dipendenti l'una e l'altra da variazioni dell'ambiente esterno e dall'influenza delle coperture non sempre adatte, ma alcune volte dipendenti dall'umidità e dal freddo nello stesso tempo.

Diffatti più che d'inverno in cui il freddo è costante, queste malattie si osservano se il freddo è intercalato da pioggie o da nebbie o da nevicate o da venti: per lo stesso motivo sono frequenti in autunno ed in primavera, nelle quali stagioni, assalendo nello stesso tempo e nello stesso luogo molti bambini, ed essendone affetti talvolta la maggior parte di quelli che in tal epoca diventano ammalati, acquista un carattere epidemico.

La broncopolmonite alcune volte è complicata dall'enterite accompagnata dall'esfogliazione dell'epitelio di tutto il canale intestinale, leggera diarrea, prostrazione di forze e debolezza di polso più di quanto sarebbe richiesto dall'altezza della febbre che in tali casi non raggiunge i 40° C. Talvolta la notte il bambino ha un leggiero delirio. La regione ileocecale non offre nè del dolore nè il gorgoglio alla pressione della mano. Ma ciò non ostante mi pare che non possiamo fare a meno di considerare questa malattia, in tale circostanza, siccome derivante da una causa la cui natura è infettiva.

Il catarro acuto dei bronchi avviene nei bambini più che negli adulti nel decorso di altre malattie infettive o non. Così si osserva frequentemente nei rachitici, in quelli affetti da sifilide congenita; complica non di raro la meningite e l'idrocefalo acuto, e secondo le mie speciali osservazioni la sua complicazione si osserva assai frequentemente nel decorso della tosse spasmodica e meno verso il suo finire.

In quanto alla cura da farsi, osservo che quando si può e si verificò con sicurezza la causa della malattia, che come abbiamo detto è quasi sempre reumatica, conviene procurare di eccitare la diaforesi fin dal principio, sia tenendo il bambino a letto e in un ambiente tiepido, costante e leggermente umido.

La febbre avendo sempre i caratteri della reumatica, la posizione che deve darsi all'ammalato, è l'orizzontale, che concilia più delle altre il riposo dei muscoli e delle articolazioni dolorose in sul principio della malattia mentre regolarizza la circolazione. Manterrà eziandio limitate le escursioni respiratorie per cui i dolori toracici e quelli di bruciore lungo lo sterno e nella gola saranno sentiti un po' meno. La parte ammalata sarà così in riposo e verrà diminuito lo stimolo alla tosse.

Si somministri poi uno di questi infusi aromatici lasciando in disparte quello di tiglio, il quale gode una fama immeritata.

P. Infuso caldo di camomilla, di salvia o di the grammi cento
Sciroppo comune . . . . » venti.
(un cucchiaio ogni mezz'ora).

Essendo possibile si continui la somministrazione per due giorni, cioè fino al cessare del primo periodo della malattia che nei bambini è minore che negli adulti.

Nei ragazzi di alcuni anni, se la febbre fosse troppo alta, si può aggiungere all'infuso del salicilato di soda qualora i dolori reumatici siano troppo violenti.

Per calmare la tosse troppo solleticante, la quale stanca l'ammalato ed è qualche volta accompagnata dal vomito, non bastando il riposo, si prescrivano dei narcotici leggieri come l'acqua di mandorle amare o di lauro ceraso, oppure l'estratto di giusquiamo o il lattucario dei quali si darà la dose e il modo di somministrazione nell'apposito paragrafo. Premetto già fin d'ora però che bisogna sempre ricorrere alle dosi piccole, anche quando non se ne può far senza.

Per ottenere questo scopo nei ragazzi la cui età è ancora inferiore ai sei o ai sette anni non si prescriva mai l'oppio sotto qualunque forma. La materia medica, oltre ai suddetti rimedi, ce ne indica degli altri meno dannosi e più efficaci.

Dico dannosi perchè ho osservato e curato parecchie volte degli avvelenamenti di bambini avvenuti perchè era loro stato somministrato banalmente del laudano, da farmacisti o da levatrici, senza interpellare il medico.

L'ultimo successe in una famiglia agiatissima di Torino dove ad un neonato di otto giorni di vita, con una leggiera bronchite, furono somministrati da una levatrice due cucchiaini di sciroppo diacodio.

Quando lo vidi era immerso nel sonno da ventiquattro ore; la sua pelle era cianotica e fredda, non reagiva più agli stimoli esterni, come senapismi francesi, cataplasmi senapati mantenuti a luogo, ecc. Il sistema muscolare era completamente rilasciato: la respirazione appena apparente ed il cuore assai debole al pari del polso.

Dopo i suddetti tentativi, risolvetti di dargli i soccorsi speciali degli asfittici. Durarono più di un'ora, ma ebbi la fortuna di restituirlo sano e salvo. Dopo gli feci applicare a permanenza un largo cataplasma senapato al petto, delle bottiglie d'acqua calda attorno al corpo mentre sfasciato fu rimesso nel suo letticciuolo.

Oltre di questi effetti l'oppio produce eziandio della stitichezza, del meteorismo; tralasciando poi che non sempre arresta una diarrea, nè calma una tosse e se pure la sua somministrazione avesse questi risultati non curerebbe affatto la malattia principale nè abbrevierebbe il suo decorso.

Passato il periodo congestizio della mucosa bronchiale succede quello del catarro, in cui si fa umida, più rara e meno solleticante se non si tratta di bronchite capillare.

Durante questo periodo, se si applica la mano sul dorso del bambino, si sente un tremolio o una vibrazione comunicati alle pareti toraciche dallo scorrere del catarro lungo i bronchi e dall'entrata e dall'uscita dell'aria attraverso di essi.

Se si tratta d'una bronchite dei bronchi maggiori e non si osservi la dispnea, o sia leggiera e la tosse più che sufficiente ad espellere il muco di mano in mano che va formandosi, non occorreranno gli espettoranti propriamente detti, ma basterà somministrare nelle ore del giorno in cui la tosse infierisce di più, qualche infuso caldo di erbe aromatiche, come sarebbe quello di camomilla, oppure dell'acqua calda, contenente in soluzione dello zucchero, della manna, o qualche sciroppo, trattandosi di lattanti.

Se la malattia invase i bronchi minori o i capillari bronchiali vi è sempre la dispnea, per cui vanno prescritti gli espettoranti sulla somministrazione e sulla dose dei quali già parlai nel paragrafo apposito ed in quello della laringite acuta.

Siccome la difficile respirazione trae con sè l'indebolimento dell'attività cardiaca, conviene sempre aggiungere, alla mistura espettorante, qualche sostanza eccitante, di cui si disse anche nei medesimi paragrafi. Si possono anche applicare nei casi gravi o che minacciano di farsi tali i rubefacienti cutanei sul petto per eccitare l'azione riflessa del sistema nervoso sui muscoli respiratori e cardiaci.

Un rimedio che non mi è mai mancato di effetto in questi casi, col quale ho sempre veduto guarire i miei ammalati anche quando sono gracili, deboli, è la *doccia toracica*, che raccomando caldamente ai miei giovani colleghi, perchè presso i lattanti affetti da *imbarazzo bronchiale*, serve assai più degli espettoranti, e l'effetto che produce è molto più rapido.

Di raro occorre eseguire l'operazione due o tre volte. Per farla si deve chiedere alla famiglia dell'acqua calda in quantità sotto pretesto di voler dare un bagno caldo al piccolo ammalato. Se ne faccia anche portare di quella fredda allo scopo di temperare la calda qualora oltrepas-

sasse i 39°C. Vi si tenga immerso il paziente per cinque minuti. Allora sollevandogli il torace dal bagno colla mano sinistra applicata sul dorso da quanto è grande la distanza che separa il braccio destro ed il bambino, si versi sul suo petto dell'acqua con una brocca o un bicchiere, la quale deve essere alla temperatura normale della camera. L'acqua va versata a più riprese. Dopo qualche minuto, il bambino farà delle profonde inspirazioni, tossirà e vomiterà il catarro accumulato nei bronchi.

Allora si tolga dal bagno, si asciughi con panni caldi e si metta al petto della nutrice. Oppure si ristori con brodo caldo.

Questa cura serve per tutte le malattie catarrali delle vie respiratorie. L'indicazione è l'incipiente asfissia prodotta dall'imbarazzo bronchiale. Quindi si vede il motivo per cui il suo effetto è maggiore se la malattia invase i bronchi minori, i capillari e le vescicole polmonari. Il sostenere le forze di questi ammalati aiuterà energicamente la terapeutica, tanto più se il bambino è di costituzione debole, o affetto da malattie costituzionali o convalescente di qualche malattia infettiva.

Del Catarro bronchiale cronico. — È una malattia molto comune nei bambini non robusti, mal nutriti o affetti da qualche malattia costituzionale congenita o acquisita. Ordinariamente segue il catarro acuto di cui non si fece la completa risoluzione.

Si distingue dalla stessa malattia negli adulti perchè è seguìta molto più raramente dalle dilatazioni bronchiali come pure è anche raro l'enfisema che è conseguenza della sua durata oltremodo prolungata. Di quando in quando, sotto l'influenza delle cause reumatiche, subisce qualche riacutizzazione la quale dura pochi giorni, in cui la formazione del catarro è di nuovo abbondante, mentre nelle circostanze ordinarie l'espettorazione è assai diminuita e molto rari i colpi di tosse.

All'esame statico si sentono contemporaneamente dei rantoli russanti e sibilanti sparsi ed a bolle piccole e grandi e queste nelle regioni le quali probabilmente furono le ultime ad essere invase dal processo morboso riacutizzato.

I rantoli crepitanti si sentono ordinariamente in maggior numero alle basi dei polmoni e lungo le regioni posteriori. Nei più avanzati d'età e in quelli affetti da diatesi congenite si sentono talvolta nelle parti superiori e specialmente sugli apici. E colla tosse il muco contenuto nei piccoli bronchi e negli alveoli polmonari non viene sempre rimosso perchè i muscoli bronchiali hanno perduto la loro contrattilità e quindi il vomito interviene a sostituirlo e per produrre lo stesso effetto.

La cura va sempre diretta principalmente allo stato costituzionale,

sia che si tratti soltanto di debolezza innata o acquisita o di un convalescente esaurito primitivamente da una lunga malattia, sia che si abbia in cura un ragazzo affetto da qualche malattia diatesica.

In qualunque caso il regime ricostituente porta sempre i suoi benefici effetti, più e prima di qualunque rimedio e tanto più quando si può adattare in ogni caso allo stato attuale dell'organismo.

I ragazzi delicati nei quali non si può in nessun modo moderare la eccessiva sensibilità della pelle per le variazioni climatiche, trovano molto vantaggio dal soggiorno nelle località in cui il clima è più costante come sono alcune delle littorali nelle quali possibilmente devono dimorare fino alla completa guarigione.

Ed in qualunque caso non si devono mai tralasciare di mettere in esecuzione quei mezzi che servono a rendere la costituzione più robusta, cominciando coll'eccitare lo sviluppo del sistema muscolare per mezzo del nuoto, della ginnastica, degli esercizi di scherma col bastone, adattandoli opportunamente all'età, allo sviluppo generale, ecc.

L'abituare per tempo i bambini alle vicissitudini atmosferiche, con passeggiate frequenti anche in giorni di pioggia o di freddo o di vento, riparati convenientemente e il meno possibile rinchiusi in casa quantunque spaziosa e ventilata, serve, unitamente ad un buon regime dietetico, a preservare da questa malattia ed anche dai catarri bronchiali acuti che spesso si ripetono.

L'idroterapia, i bagni di mare, l'aria di montagna servono eziandio ad apportare delle modificazioni costituzionali nei loro organismi le quali saranno tanto più profonde e durature quanto più saranno usate a lungo e con perseveranza.

Per diminuire la secrezione bronchiale e restituire la tonicità ai loro muscoli rilasciati, è molto utile l'acqua di catrame o i suoi preparati presi internamente ed al pari di questi i balsamici, i resinosi, fra i quali pongo sotto gli occhi del benigno lettore il sciroppo di trementina che ho trovato molto utile nei bambini affetti da questa malattia. La sua prescrizione si fa nel modo seguente:

P. Sciroppo di trementina . . . . . . grammi cento
(Tre cucchiaini al giorno)
Ai bambini di tre anni, due nelle età inferiori;

oppure

P. Tintura di Lobelia inflata . . . . . goccie venti
Acqua di melissa e sciroppo di trementina an. gr. quaranta
(Un cucchiaino ogni due ore)
Per i bambini di sei anni.

Le polverizzazioni di acqua di catrame servono meno del suo uso interno: quelle di tannino sciolto nell'acqua comune, diminuiscono l'eccessiva secrezione bronchiale.

Della Tosse spasmodica. — Questa malattia è contagiosa. La sostanza che passando dall'organismo ammalato a quello sano, trasmette la malattia, è contenuta nel muco filante-grigio che in scarsa quantità viene ora emesso ora inghiottito in sul finire d'ogni accesso. Quindi il contagio viene trasportato non solo mediante i rapporti dei bambini ammalati coi bambini sani, ma ancora per mezzo delle persone che per motivi di cura o di servizio di natura diversa vanno da una casa all'altra ed hanno relazioni coi bambini e colle persone che li assistono.

Le lesioni proprie della malattia sono identiche a quelle della laringotracheite catarrale acuta. Se è possibile il farlo, vanno abbandonati i luoghi nei quali comincia ad infierire l'epidemia.

E questa prescrizione va osservata tanto più strettamente se i bambini ancora immuni sono gracili, cachettici, scrofolosi, piccoli di statura, convalescenti, ecc., giacchè, per la debolezza della loro costituzione, sono più degli altri esposti a qualunque malattia, e la sopportano malamente e quasi sempre con pericolo di vita. Questi bambini sfuggono di raro alle complicazioni toraciche, cerebrali o cardiache, le quali sono per essi le conseguenze non evitabili.

Siccome la malattia comincia sempre con un catarro laringotracheale o bronchiale, in sul principio si può soltanto sospettare se vi è epidemia, ma non diagnosticare, per cui non è grave l'errore che si commette curandola come una affezione reumatica nello stesso modo di cui già si parlò nel paragrafo antecedente, calmando cioè la tosse, l'alta temperatura, i dolori delle articolazioni e dei muscoli colla diaforesi, coll'applicazione di bottiglie di acqua calda alle estremità e mantenendo tiepida l'aria che circonda l'ammalato e somministrando qualche leggiero narcotico se la febbre non raggiunge un grado molto alto.

Si continuerà così la cura come se si trattasse d'una laringite o d'una bronchite nel modo che si è detto negli appositi paragrafi.

Passato lo stato congestizio della mucosa e facendosi abbondante il catarro, sono indicati gli espettoranti se è stentata la sua eliminazione, finchè la tosse non venga accompagnata dallo spasmo caratteristico del secondo periodo della malattia, nel quale comincierà la cura propriamente detta.

La tosse allora viene ad accessi i quali incominciano da una profonda inspirazione e contemporaneamente da un fischio o un sibilo acuto dipen-

dente dalla parziale chiusura della glottide attraverso la quale passa la corrente d'aria con molta forza e si compie per mezzo di colpi brevi e interrotti dai quali viene espulso il secreto attaccaticcio mediante sforzi espiratorii non leggieri, mancando i quali viene in soccorso il vomito il quale sbarazza eziandio il ventricolo di tutto o di una parte del suo contenuto.

L'impedito ritorno del sangue dalla cavità craniana e dalla testa produce una congestione degli organi che contiene e della faccia la quale a lungo andare diventa perfino edematosa; oltre di essere di color oscuro per la cianosi, le labbra e le guancie di color rosso-oscuro ed alle emorragie che durante l'accesso possono avvenire dagli occhi e dal naso; nello spessore delle congiuntive; nella sostanza degli emisferi cerebrali che si osservano talora nelle autopsie dei bambini morti per qualche complicazione di questa malattia.

Terminato l'accesso i bambini si mostrano spossati in proporzione della sua intensità e si lagnano talvolta di dolori muscolari al collo, al petto ed all'addome, e dopo qualche tempo di riposo sono subito rimessi fino all'avvenire d'un altro assalto.

L'accesso può venire provocato dal ridere fortemente, dal piangere, dal penetrar di qualche bricciolo di alimento o di goccie di liquido nella laringe e talvolta dal solo pensare e provàrsi a tossire, da chi è affetto da questa malattia.

Non vidi mai il decorso della tosse spasmodica prolungarsi parecchi mesi; ma la media ordinaria nei bambini da me osservati fu sempre di otto settimane e qualche volta di due mesi e mezzo: il minimo di un mese, a meno che sia stata seguita da una complicazione quale è ordinariamente la bronchite o la broncopolmonite catarrale.

La recidiva non la osservai in nessuno dei bambini che finora ebbi in cura; nè la ripetizione della malattia qualche anno dopo. Per cui credo che nell'un caso o nell'altro si trattasse di un errore di diagnosi.

Il finir della malattia è indicato dal diminuire dell'intensità o del numero degli accessi. L'escreto cangia di colore e di consistenza per cui diventa più giallo e quindi simile agli sputi della bronchite catarrale, e anche più liquido per cui è anche più facilmente eliminabile mediante gli sforzi di tosse.

Nel suo decorso nei bambini gracili ed in quelli il cui sistema muscolare è poco sviluppato, e sono mal nutriti, possono avvenire delle ernie inguinali, ombelicali, il prolasso del retto, ecc. Siccome poi l'azione cardiaca è molto esagerata durante gli accessi e in proporzione della

loro frequenza o intensità e non è sostenuta da una nutrizione adatta al maggiore lavoro compiuto ma quasi sempre difettosa, tanto più nei casi gravi, verso il finire della malattia il cuore può subire una dilatazione accompagnata dall'insufficienza relativa delle valvole auricolo-ventricolari e più a sinistra che a destra, con tutti i sintomi che la caratterizzano, cioè: congestione polmonare con edema, soffio sistolico, dispnea leggera la quale aumenta ad ogni sforzo muscolare: i quali svaniscono di mano in mano che la nutrizione generale va migliorando.

In quanto alle funzioni alvine ricordo che nei bambini sofferenti la tosse spasmodica si osserva ora la stitichezza ora la diarrea non soltanto relativamente alla quantità del cibo introdotto in proporzioni diverse ciascun giorno e di varia qualità, ma eziandio per l'eccitamento che talora dànno al movimento peristaltico intestinale i ripetuti e violenti colpi di tosse e le profonde inspirazioni che li precedono, le quali non possono fare a meno di esercitare una forte compressione sul contenuto addominale.

Le ulcerazioni ai lati del frenulo della lingua sono di molta importanza diagnostica presso i bambini già provvisti di denti incivisi inferiori, perchè, durante gli accessi di tosse, la lingua viene spinta fuori della bocca, e nei ripetuti urti di tosse soffregata col movimento di va e vieni che li accompagna sulla corona di questi denti e sul labbro inferiore.

La guarigione avviene nella maggior parte dei casi. La morte è ordinariamente prodotta da una complicazione. L'esame della parte ammalata rivela nelle autopsie le lesioni del catarro laringo-tracheale semplice e nulla di più, a meno che vi siano malattie concomitanti delle quali si osservano eziandio i reliquati.

Le complicazioni non di raro si presentano, con tutta la loro intensità, non sul finire della malattia, ma alcune settimane o alcuni mesi dopo.

Nel periodo dello spasmo la cura va fatta in un modo molto diverso, dipendente dalla natura delle indicazioni che ne derivano.

Lungo il giorno i ragazzi affetti da questa malattia vanno tenuti, possibilmente, all'aria libera, mandati a spasso in luoghi spaziosi, ben ventilati e in piena libertà onde possano ricrearsi, giuocare, divertirsi, fare ginnastica, ecc., a loro bell'agio.

Si procuri di ottenere dai più giudiziosi di vincere l'accesso di tosse mediante uno sforzo di volontà.

La nutrizione deve essere regolata in modo che sia leggiera ad un tempo e nutriente e di piccolo volume, somministrata frequentemente e in piccola quantità, e se il vomito vuotasse il ventricolo si dovrà far ripetere il pasto una mezz'ora dopo.

Le indicazioni speciali della malattia sono due e si riferiscono alla difficoltà con cui viene espulso il secreto della laringe per mezzo dei colpi di tosse, la quale diminuisce di mano in mano che esso diventa più sieroso e meno attaccaticcio, ed all'intensità ed al numero degli accessi.

A queste indicazioni corrispondono due serie di rimedi, che sono gli espettoranti e gli antispasmodici, destinati non a paralizzare i muscoli della trachea e della laringe, ma soltanto a diminuire l'eccessiva sensibilità della mucosa che è causa della loro anormale contrazione.

Fra gli espettoranti quelli che sono di più facile uso nella cura delle malattie infantili in generale e della tosse spasmodica in particolare sono l'ipecaquana e la poligala.

Dell'uno e dell'altro è meglio prescrivere l'infuso la cui dose va sempre regolata secondo l'età, e supponendo che dopo il primo anno sessanta grammi d'infuso siano preparati con dieci o quindici centigrammi della radice contusa d'ipecaquana, a sette anni ne occorreranno sessanta a settanta per la stessa quantità d'acqua se si prescrive a cucchiaini o con una quantità maggiore della medesima onde evitare gli sforzi di vomito che non di raro avvengono nei primi giorni in cui si usa il rimedio, che stancherebbe inutilmente l'ammalato.

La poligala si può prescrivere a dose molto maggiore, e cominciando dai lattanti da trenta a quaranta centigrammi per ogni sessanta grammi di colatura, finchè a sette anni si può ascendere fino ai due grammi. La sua azione espettorante è assai più debole, ma non produce mai il vomito per cui è quasi sempre preferita.

Questi due rimedi sono indicati fino dal periodo catarrale che incomincia la malattia e si continua la somministrazione ora dell'uno ora dell'altro secondo che il loro effetto si mantiene costante, o va diminuendo, ed occorrendo si può anche aumentare la dose della radice o diminuire l'acqua dell'infuso onde concentrarlo di più.

Per calmare la eccessiva sensibilità della mucosa laringotracheale sono indicati i narcotici, fra i quali consiglio ai miei lettori di escludere sempre, trattandosi di bambini, l'oppio e la morfina. Degli altri, i più usati comunemente sono l'estratto acquoso o alcoolico di belladonna o di giusquiano, non quello di stramonio; i preparati della lattuga sativa e virosa, l'acqua coobata di lauro ceraso o di amandorle amare, la canape indiana ed infine il cloralio ed il bromuro di potassio.

L'opinione dei pratici varia poi sull'uso e sul modo della somministrazione di tutti questi rimedi, e sulla maniera di combinarli per ottenere il massimo degli effetti. Difatti alcuni, passato il periodo catarrale,

sospendono gli espettoranti e prescrivono soltanto quelli il cui effetto si dirige ai sintomi dipendenti dal sistema nervoso e persistono con essi fino alla fine della malattia. Altri fanno somministrare solamente gli espettoranti coll'intenzione di favorire l'espulsione del muco filante e attaccaticcio, evitando la tosse e rendendolo col loro uso più liquido e quindi più rimovibile, e coll'idea preconcetta che il suo contatto colla mucosa sia la causa dello spasmo.

Noi pensiamo che non convenga per nessun motivo al medico d'essere esclusivo nella cura di questa malattia più che di un'altra, imperocchè essa va sempre applicata ai sintomi presentati dall'ammalato e regolata la dose e l'importanza dei rimedi secondo la loro violenza. Per cui vi sono dei casi in cui tornano del tutto inutili.

Useremo specialmente gli espettoranti quando l'escreto laringeo-tracheale è molto abbondante e troppo faticosi e poco efficaci gli accessi di tosse onde eliminarlo, ed i rimedi nervini se una piccola quantità di muco è seguita da sforzi espulsivi troppo violenti o vicini, e tanto più se una prolungata insonnia e il vomito che segue gli accessi compromettano la nutrizione e le forze del bambino.

Concedo che qualunque metodo di cura non accorcia la malattia, poichè di questa abbiamo, come di tutte le altre, i casi leggieri ed i gravi, ma almeno seguendolo nel miglior modo possibile e secondando solamente le tendenze naturali manifestate dai sintomi e sostenendo le forze possiamo impedire alcuni processi morbosi consecutivi dei quali alcuni dipendono dalla denutrizione dell'organismo ed altri lo assalgono per la sua debolezza funzionale.

Il metodo di cura usato nell'Ospizio durante l'ultima epidemia consisteva nel fare delle inalazioni di una soluzione di bromuro di potassio e di bisolfato di chinino alla dose, a parti eguali, dell'uno per cento d'acqua distillata.

Avemmo la fortuna di veder guariti tutti i nostri bambini senza dover curare complicazioni di sorta. Le polverizzazioni si facevano tre volte al giorno e duravano ora un quarto d'ora ora un venti minuti, non di seguito, ma alternate ogni cinque minuti da un breve intervallo di riposo.

Si potrebbero anche somministrare separatamente il solfato di chinino lungo il giorno ed il bromuro di potassio la sera, per le vie digestive.

Io curo la tosse spasmodica con un metodo semplicissimo che non ho mai cangiato da alcuni anni e che soddisfa alle due indicazioni principali.

Appena incomincia il periodo catarrale della bronchite do come espettorante l'infuso di poligala a dose varia secondo l'età e lo sviluppo del

bambino e la forza espettorante di cui voglio disporre. Cominciato lo spasmo aggiungo all'infuso dell'estratto acquoso di giusquiano, o il terzo o il quarto della dose del giusquiano dell'estratto acquoso di belladonna. Se l'insonnia è eccessiva somministro il cloralio alla sera.

Essendo violenti gli accessi avverto la famiglia di fare, tutte le volte che è possibile, dei bagni freddi sul capo del bambino durante gli stessi e qualche tempo dopo ancora per prevenire le congestioni cerebrali secondarie le emorragie intracraniane, ecc.

Bisogna poi badare alle conseguenze della malattia non appena gli accessi siano diminuiti di numero e di intensità. Se il bambino soffre di anemia si prescrivano i ferruginosi, se di esaurimento di forze e dimagrimento generale i ricostituenti. Si favorisca l'azione digerente del ventricolo cogli amari, e fra questi si scelga preferibilmente il decotto di china, e finalmente, essendo possibile e permettendolo la stagione, si mandino a fare la convalescenza in campagna.

CAPITOLO XI.

Della Polmonite crupale — Della Polmonite lenta — Dell'Enfisema polmonare — Della Pleurite e dell'Idrotorace — Della Tiroidite acuta e cronica — Dei corpi estranei nelle vie respiratorie — Della cura.

Della Polmonite crupale. — Si osserva nei bambini di tutte le età, cominciando dalla prima settimana di vita. Nei ragazzi che hanno oltrepassato i sette od otto anni è preceduta quasi sempre da brividi, la cui durata è di alcune ore; negli altri di minore età sono talvolta sostituiti da convulsioni cloniche alle quali prendono parte quasi esclusivamente o principalmente le estremità e i muscoli della faccia. Le quali senza interruzione alcuna durano per due o tre ore.

Per quanto siano violenti alcune volte, non sono mai cosa grave e annunziano sempre come i brividi la polmonite crupale franca.

Altre volte non avvengono nè i brividi nè le convulsioni, ma il bambino soffre soltanto il malessere che precede qualche volta le malattie febbrili, come stanchezza, inappetenza, insonnia, agitazione, ecc. E questo modo di cominciare della malattia non è tanto raro come sembra.

La temperatura sale in seguito molto rapidamente e in modo da raggiungere in poche ore i 40° o 41° C.; e quantunque il tipo della febbre sia sempre il continuo remittente, tuttavia segue due modalità diverse, le quali però non influiscono mai sulla sua durata la quale non si prolunga dopo il sesto giorno.

Nella prima la temperatura della sera raggiunge in questo periodo della malattia i 40° C., i 39° C. o un po' meno nel mattino, e così di seguito finchè nel quinto o nel sesto giorno comincia ad abbassarsi la temperatura mattutina finchè la sera il bambino è apiretico e nella notte la sua temperatura è assai vicina ai 35°.

Nella seconda modalità la febbre va decrescendo successivamente dopo il secondo giorno fino ad oltrepassare nel sesto o settimo giorno la media temperatura normale.

Unitamente alla febbre, la respirazione e il polso si fanno frequenti in proporzione della sua altezza, la quale impone ad essi delle variazioni rimarchevoli.

Apparisce inoltre la dispnea la cui gravità dipende dalla estensione del processo morboso ed è svelata dall'innalzarsi ed abbassarsi delle pinne nasali, dalla bocca semiaperta e dallo sforzo maggiore del solito compiuto dai muscoli del collo e del torace a compiere i movimenti respiratorii. Vi è inoltre il solco peripneumonico. Però questo sintomo è secondario e rivela anche altri stati morbosi delle vie respiratorie perchè si osserva eziandio nella bronchite dei bronchi maggiori, dei minori e dei capillari, nonchè durante la broncoalveolite.

Qualunque sia la regione invasa, la respirazione si compie sempre secondo il tipo toracico superiore ed è molto superficiale.

La voce è pronunciata stentatamente durante il periodo convulsivo per il movimento disordinato dei muscoli del torace e della faccia; debole e velata nel decorso della malattia in proporzione della superficie sottratta alla propria funzione.

La polmonite delle regioni periferiche dei polmoni è quasi sempre complicata dalla pleurite, ed allora il decorso della febbre è molto diverso, la sua durata assai più lunga e non si sospende fintantochè l'essudato pleurale sia completamente formato. E la dispnea in luogo d'andare diminuendo gradatamente, aumenta in proporzione della quantità dell'essudato sieroso che va formandosi e dell'intensità del dolore puntorio per il quale il ragazzo cerca di immobilizzare il torace ammalato.

Il dolore puntorio non è mai accusato dai bambini inferiori ai sette anni, o ben di raro; sulla causa di questo fenomeno le idee sono ancora assai controverse.

La tosse e l'espettorazione non appartengono neppure ai fenomeni costanti, giacchè possono mancare ambedue, come si osserva nei primi anni di vita. Lo sputo sanguigno iniziale lo vidi qualche volta, curando bambini che avevano compiuto i sei anni, i quali avevano già imparato a eliminare colla espuizione il secreto che dalla laringe veniva versato nelle fauci per aver sofferto parecchie volte dei catarri bronchiali; mai nelle età anteriori.

Quando si fa sentire la tosse è solleticante, secca e assai frequente, e a colpi brevi e molto stancante per l'ammalato.

Se a tutte queste differenze, desunte dall'esame dell'ammalato, uniamo la niuna gravità della malattia e la piccolissima mortalità per i bambini, una polmonite dei quali passa talora inosservata, vedremo in qual modo dobbiamo distinguerla da quella degli adulti.

I sintomi ricavati dall'esame statico, quali sono l'ottusità alla percussione che indica i limiti dell'essudato, i rantoli sottocrepitanti, il soffio

bronchiale, ecc., sono comuni agli uni ed agli altri. Ma l'ottusità alla percussione non è così caratteristica, come anche il soffio bronchiale. In quanto ai rantoli sottocrepitanti osservo che talvolta sono difficili da sentirsi, perchè le escursioni inspiratorie del polmone ammalato sono assai limitate, per cui bisogna tenere l'orecchio applicato fintanto che il bambino compia una grande inspirazione.

L'autopsia dei bambini morti nei vari periodi della malattia non dimostra soltanto le lesioni anatomopatologiche proprie a ciascuno di essi, ma anche qualcheduna di quelle appartenenti all'antecedente ed al successivo.

E così difatti deve essere, perchè non tutta la regione invasa primitivamente dalla congestione viene infiltrata dall'essudato che alcune volte è molto limitato, ed altre invece è disposto a focolai separati dal tessuto congestionato. Inoltre la parte dell'essudato che si raccoglie per la prima nelle vescicole è anche la prima a coagularsi e poscia a sciogliersi ed a riassorbirsi.

In sul principio della malattia il polmone si presenta di colore rosso oscuro, è più resistente del normale e meno elastico; non crepita sotto il taglio, nè galleggia se è posto nell'acqua, e compresso fra le mani lascia uscire un liquido rosso bruno poco denso. I capillari che decorrono nelle pareti degli alveoli sono assai dilatati, per cui viene ristretta la loro cavità e anche chiusa, e quindi soppressa la loro funzione.

Più tardi si mostra granuloso sulla superficie messa allo scoperto col taglio, è aumentata la sua resistenza alla pressione, non crepita se viene tagliato o compresso e non galleggia. Inoltre esce ancora sempre il liquido rosso bruno dal taglio della parte affetta, e se viene premuto fra le dita, sebbene in minore quantità.

Le granulazioni che sporgono sulla superficie del taglio sono dei coaguli di fibrina contenuti negli alveoli, i quali non appariscono ancora di color grigio per essere ancora dilatati i capillari degli alveoli e mescolati colla sierosità sanguinolenta che si sprigiona col taglio. Ma di mano in mano che l'essudato fibrinoso va accumulandosi in ciascun alveolo la sua parete va estendendosi e vengono compressi i vasi, per cui diverrà anemica la regione del polmone nella quale esercitò i suoi effetti il processo morboso.

Osservo però che nei bambini l'essudato crupale non forma un coagulo così denso e compatto e abbondante per dilatare completamente gli alveoli polmonari e comprimere fino a rendere quasi impervii i capillari delle loro pareti; poichè è di consistenza quasi gelatinosa. Ed è forse

questo il motivo per cui il suo assorbimento avviene più presto e assai più facilmente nella maggior parte dei casi.

Nel terzo stadio, che è quello della risoluzione, le cellule epiteliali e purulenti incorporate nell'essudato subiscono la degenerazione adiposa durante la sua liquefazione, e tanto l'una quanto le altre vengono eliminate mediante la tosse e poi inghiottite dai bambini che non sanno ancora sputare e in parte assorbite dagli stessi capillari degli alveoli, il di cui sangue allora scorre con maggior facilità per la soppressione della compressione che prima subivano e per essere aumentata l'attività cardiaca per la cessazione della febbre.

Unitamente a queste lesioni l'autopsia ci dimostra ancora quelle che caratterizzano il catarro bronchiale, le quali mancano di raro, ed altre nella cavità craniana che ci rivelano la congestione encefalica.

Il tessuto del fegato e della milza è anche più oscuro del normale, ma non fu ancor dimostrato il loro aumento di volume che si ammette perchè si trovano iperemici, ma non fu ancora dimostrato chiaramente all'esame statico, per cui la loro congestione si può anche riferire alla debolezza circolatoria che è conseguenza dell'alta temperatura che indebolisce il sistema nervoso e della denutrizione che subisce il cuore.

Queste differenze di cui abbiamo parlato, le quali rendono la polmonite dei bambini meno grave e più presto guaribile, si osservano nella grande maggioranza dei casi prima dei sei o sette anni, o fino a questa età tutto al più. D'allora in poi i caratteri desunti dal reperto anatomo-patologico si avvicinano a quelli osservati nei polmoni degli adulti, come anche la sintomatologia, e la malattia diventa sempre più grave.

I polmoni che ne furono affetti, sebbene guariti completamente, conservano per alcuni anni la disposizione a contrarla, per cui vi sono bambini che prima dei sette anni la contraggono tre o quattro volte.

Prima di questa età sono rarissime la tubercolizzazione e la caseificazione dell'essudato, come anche il suo indurimento, la suppurazione e la cancrena. Ed in questi casi i criterii clinici corrispondenti per riconoscere tali processi morbosi sono comuni a quelli che servono di norma per gli adulti.

La mortalità dei bambini è molto minore tanto se la polmonite è primaria, quanto se è consecutiva; e quando è limitata, oppure si estende a quasi tutto un polmone. Va però aumentando coll'avanzarsi degli anni.

L'esito letale nel periodo acuto della malattia avviene quasi sempre per l'asfissia, la quale a sua volta può dipendere dalla grande esten-

sione del processo morboso, oppure dalla debolezza cardiaca. Per cui nell'uno e nell'altro caso è impedita la sufficiente ossigenazione del sangue e l'eliminazione dell'acido carbonico contenuto in eccessiva quantità nel sangue e nei tessuti.

Durante il periodo dell'assorbimento dell'essudato la morte può anche succedere per l'alterazione nutritiva che subisce l'organismo intero a cagione della imperfetta ricostituzione del sangue, la quale è causa della anormale composizione dei succhi digestivi, per cui mal servono allo scopo per il quale sono destinati.

L'altezza della febbre è assai di raro causa di morte, e le poche volte produce tale effetto nelle polmoniti secondarie le quali sono male tollerate dall'organismo già esaurito da una malattia febbrile dalla quale non ebbe ancora tempo di riaversi.

L'edema cerebrale è anche una delle cause di morte, e viene annunziato nel decorso della polmonite dal delirio, specialmente notturno, e dalla sonnolenza interrotta verso il finire del periodo febbrile da leggiere scosse convulsive intercorrenti nelle estremità.

Talvolta la morte è annunziata solamente dalla sonnolenza che non abbandona più l'infermo, unita alla cianosi sempre crescente, e al rilasciamento muscolare alla debolezza cardiaca, la quale ne è una causa prossima ed inevitabile qualora abbia per effetto la stasi capillare in regioni molto estese dei due polmoni e l'edema vescicolare.

Quindi per la mancanza del dolore puntorio al torace per essere ordinariamente leggiera la dispnea nelle polmoniti anche quando fu invasa una estesa regione dell'organo respiratorio e per non esservi in tutti i casi la tosse nè i brividi della febbre che non sempre sono accusati dall'aspetto cianotico della pelle, il medico deve sempre esaminare gli organi toracici dei bambini febbricitanti, onde schivare degli errori di diagnosi, nè debbe fidarsi delle relazioni fatte dai parenti del ragazzo.

Quantunque nella maggior parte dei casi si possa stabilire che la causa della malattia è di indole reumatica, tuttavia non tanto di raro il pratico si convince essere infettiva, perchè avviene epidemicamente e precede alcune volte o segue le malattie infettive acute delle quali non si può dubitare che possa in certi casi essere una manifestazione localizzata.

Questo modo di vedere trova il suo appoggio nel fatto osservato in certe autopsie di bambini morti di polmonite crupale nei quali vi era la tumefazione delle placche del Peyer e dei follicoli solitarii, della quale durante la vita non vi fu motivo alcuno di sospettare l'esistenza.

Per cui vengono soddisfatte sufficientemente le due indicazioni

richieste dalla causa mettendo i bambini affetti da questa malattia, fin dal principio, nelle più adatte condizioni igieniche, e trattandosi della prima, si può, qualora sia ben verificata, ottemperare mediante le prescrizioni diaforetiche, le quali non l'accorciano ma la rendono meno intensa e più tollerabili i sintomi con cui si manifesta.

L'indicazione da soddisfare dopo quella della causa, non meno importante, è quella della febbre secondo la sua intensità, per la quale esorto i miei colleghi di non far mai uso del tartaro stibiato o dell'aconito napello come si usava ancora pochi anni or sono nella cura dei bambini di qualunque età. Imperciocchè io credo che è meglio far la cura cosidetta aspettativa piuttosto che recar danno all'infermo. Ed il volere calmare una temperatura troppo alta e dannosa alla funzione dei centri nervosi e circolatorii con rimedi che esercitano lo stesso effetto è un controsenso, poichè lo indebolimento di questi due sistemi produce uno stato molto simile a quello dell'algidità, nel quale si hanno dei sudori freddi, la risoluzione muscolare generale, la sospensione del movimento chimico molecolare. Per cui meglio è sostenere le forze contro l'alta temperatura che cercar di indebolirle, impedire la formazione dei prodotti di metamorfosi retrograda cagionati dalla distruzione dei tessuti e che possono condurre all'esito letale per la profonda debolezza funzionale che più tardi è la conseguenza di tale stato di cose.

E questi effetti sono sempre ottenuti anche quando cogli antipiretici propriamente detti non si riesce a diminuire la temperatura febbrile e senza essere obbligati di somministrarli alla dose ordinaria che non di raro è deprimente del sistema nervoso e circolatorio.

Il sostenere le forze dei bambini col dovuto riguardo alle vie digerenti con brodi concentrati tanto nei lattanti quanto negli altri più avanzati in età è una delle prime regole perchè si possa aiutare la natura nel breve tempo stabilito a superare la malattia.

Ai ragazzi si può anche concedere un po' di vino da tavola, anzi, se è richiesto dal bisogno, si può sciogliere in esso il chinino o il salicilato di soda.

L'alvo va tenuto libero per mezzo di clisteri di acqua fredda. Per la sete insaziabile si possono somministrare delle bevande fresche emollienti e dei pezzettini di ghiaccio. E l'atmosfera nella quale giace l'ammalato deve essere temperata e costante.

Si deve inoltre badare alla complicazione della pleurite, la quale se non comparisce fin dal principio avviene verso il termine del periodo febbrile della polmonite, per calmare subito il dolore puntorio con appli-

cazioni locali affinchè non si aggiunga ad altri sintomi ad aumentare la dispnea.

Il non cessare della febbre al tempo opportuno fa sospettare questa complicazione ma l'esame statico ce ne darà la certezza, che sarà tanto più grande quando l'ispezione ci dimostrerà che il torace si solleva in massa dalla parte ammalata durante la dilatazione dell'altro.

Gli espettoranti sono indicati soltanto nell'ultimo periodo della malattia e se l'essudato è abbondante e scarsa e debole la tosse. Unitamente ad essi si possono prescrivere gli alcalini che ne aiutano la risoluzione e i diaforetici leggieri.

Cessata la febbre bisogna procurare di aumentare la nutrizione onde prevenire il ritardo del suo assorbimento, gli effetti della debolezza cardiaca dipendenti dalla denutrizione febbrile, dal digiuno o dalla fatica eccessiva sopportata per superare gli ostacoli circolatorii prodotti dalla compressione esercitata dall'essudato sui capillari decorrenti nelle pareti degli alveoli.

Superata la polmonite ed assorbitosi a tempo l'essudato il bambino ordinariamente è guarito, se non che le prime notti viene talvolta disturbato da una tosse assai molesta e solleticante senza espettorazione, la quale viene ad accessi. Alcune volte è assai difficile rintracciare la sua causa e stabilire la lesione locale anche esaminando il torace.

Secondo il mio modo di vedere la causa di questo fatto può essere attribuito in alcuni bambini ad un edema polmonare leggiero dipendente dalla debolezza cardiaca, il quale di notte va aumentando per la lentezza respiratoria o circolatoria che accompagna il sonno. Altre volte dipende dall'essere rimaste ancora dilatate alcune delle vescicole polmonari, perchè le loro pareti vennero estese più di quanto poteva essere sopportato dalla loro elasticità.

La diagnosi della polmonite crupale dei bambini si fa come quella degli adulti, se non che conviene ricordarsi che nel primo giorno di malattia la percussione non dà differenza alcuna fra le parti sane e quelle ammalate. Inoltre bisogna ancora notare che gli errori di diagnosi si possono fare più facilmente allorquando il processo morboso si trova limitato alla base d'un polmone, poichè la respirazione essendo in questi casi sempre superficiale e a tipo toracico superiore non si possono sentire ad ogni sua evoluzione i finissimi rantoli sottocrepitanti nella regione stabilita col mezzo della percussione. Per cui la polmonite crupale dei bambini talvolta va cercata con molta pazienza per i motivi suddetti e per la ristrettezza dello spazio che occupa.

La tosse notturna per i motivi detti di sopra non va mai curata coi rimedi narcotici ma invece cogli eccitanti del cuore e del sistema nervoso e lungo il giorno con una buona nutrizione. Si somministreranno quindi durante gli accessi degli infusi aromatici caldi, delle acque aromatiche, del brodo caldo, del vino, del caffè e si possono eziandio applicare sul petto dei panni profumati o dei cataplasmi leggiermente senapati.

Se qualche settimana dopo la cessazione della febbre l'essudato non fosse ancora completamente risolto si usino subito i risolventi locali e se si può si mandi il convalescente ai bagni di mare. E questo va fatto tanto più se la sua costituzione è sempre stata debole, se è predisposto alle malattie di petto e se una cosa e l'altra sembrano dipendere da influenze ereditarie.

Dopo la risoluzione dell'essudato, se è possibile, è meglio mandare il ragazzo in campagna in luoghi alti e montuosi.

L'alimentazione albuminoide unitamente all'olio di merluzzo, al ferro o al fosfato di calce e ai preparati arsenicali offriranno poi opportunamente dei nuovi elementi ai tessuti denutriti.

Della Polmonite lenta. — Questa malattia non si osserva mai nei lattanti ma soltanto nei ragazzi che hanno oltrepassato gli anni sei.

I ragazzi affetti da questa malattia sono soggetti continuamente ad una leggiera tossicola seguita da scarsa o nessuna espettorazione. La quale avviene generalmente dopo aver mangiato, la sera, di notte, il mattino nell'alzarsi da letto e tutte le volte che vi sono variazioni atmosferiche. Tanto dopo sforzi muscolari di poca importanza come il salire scale, il correre, il gridare, ecc., quanto in seguito di emozioni morali diventa frequente e penosa la loro respirazione, il calore della faccia più vivace, gli occhi più animati ed i pomelli delle guancie più coloriti. Hanno sete frequentemente, senza aver febbre e il loro polso ha sovente vibrazioni e frequenza febbrili.

La loro pelle è eccessivamente sensibile alle influenze esterne e senza motivo apparente diventa ora più calda, ora più fredda, su tutta la sua superficie o soltanto in regioni limitate. Quella che copre le estremità è quasi sempre più calda di quella delle altre parti del corpo frequentemente fredde.

Nella buona stagione, o nei climi a temperatura costante, questi sintomi diminuiscono d'intensità, ma ripigliano le primitive forme nelle condizioni opposte.

Sebbene questi ragazzi siano sottoposti ad una cura ricostituente eminentemente tonica e riparatrice, vanno continuamente dimagrando, e

diventano anemici progressivamente e spossati di forze. Sono tormentati dai sudori notturni. Soffrono catarro delle vie digerenti per cui ad ogni piccolo disordine dietetico insorgono diarree, dolori ventrali, vomiti, ecc.

Continuando la malattia a far progressi l'atrofia dopo aver invaso dapprima le regioni della pelle più provviste di grasso, invade le altre ed in seguito i muscoli per cui lo scheletro apparisce con tutte le sue rozze sporgenze attraverso la pelle sottile, floscia, rugosa e di colore giallo sporco e desquamantesi ad ogni momento.

Su di essa appariscono talvolta delle eruzioni di varia forma fra cui predominano le migliariformi, che hanno lunga durata e sono accompagnate da sudori continui, febbre leggiera e qualche volta, sebbene più di raro, dalla porpora emorragica.

In seguito la profonda anemia, la debolezza circolatoria e nutritiva, la grave depressione del sistema nervoso favoriscono la comparsa degli edemi, i quali incominciano generalmente dalle estremità inferiori.

La morte avviene o per la consunzione febbrile o per la complicazione della meningite che può anche avvenire in sul principio della malattia, per la riacutizzazione del processo morboso, per le affezioni intestinali che impediscono la digestione e l'assorbimento e sono accompagnate da diarrea colliquativa e talvolta da emorragie.

I ragazzi sui quali si osservano questi sintomi, soffrirono parecchie volte di bronchite, broncopolmonite, polmoniti crupali; oppure, se vogliamo dar fede alle famiglie, furono affetti soltanto da laringiti, il decorso delle quali non fu di pochi giorni ma di alcune settimane. Queste malattie non si risolvettero mai completamente, o per non essere stati messi i convalescenti nelle migliori condizioni igieniche possibili di aria, di vitto, di vestire, di clima, ecc., oppure ad onta di tutte le prescrizioni mediche osservate colla massima esattezza.

Allorquando il medico fa l'esame fisico a questi ragazzi trova generalmente degli infossamenti nelle regioni sopra e sottoclavicolari: l'abbassamento del manubrio dello sterno; i sintomi d'un catarro cronico, ora limitato ora diffuso, oppure degli essudati crupali la cui risoluzione è molto tardiva, dei fregamenti pleurali, e rarissimamente delle caverne polmonari e delle dilatazioni bronchiali, ecc.

La febbre in sul principio è leggiera e di varia costanza e frequenza secondo l'importanza delle malattie intercorrenti che la cagionano; è abbastanza domabile cogli antipiretici. Ma in progresso di tempo è più resistente, ed assume ora il tipo intermittente ora il regolare ora no con esarcerbazioni altissime o appena marcate.

Oltre alla cura della scrofola e della tubercolosi che converrebbe fare già fin da quando si presentano le prime manifestazioni che non sempre il medico di casa è in condizione di avere sotto gli occhi, occorre ancora la cura ricostituente e la profilattica, la quale si può considerare come identica alla igienica in questo caso, giacchè tanto l'una come l'altra sono una cura eminentemente igienica nello stretto senso della parola, da adattarsi alla costituzione degli ammalati. E questo è tanto più necessario se le famiglie o i parenti sono predisposti alle malattie di petto frequentemente e se il ragazzo è di costituzione debole, gracile, ecc.

Fra i rimedi somministrati a questi ammalati ricordo gli arsenicali molto utili a eccitare l'assorbimento degli essudati e come modificatori della nutrizione polmonare e agenti conservatori che si oppongono alla metamorfosi regressiva. Anche di questi parlerò a suo tempo.

Aggiungo soltanto che unitamente a questi occorre somministrare gli albuminoidi ed i grassi per opporsi al dimagrimento che in questi ammalati avviene molto rapidamente. Coi preparati d'arsenico si possono somministrare come coadiuvanti l'olio di merluzzo, gli amilacei, i grassi, quando siano ben digeriti.

L'olio di merluzzo, oltre di opporsi al dimagrimento come grasso molto assimilabile, promuovendo lo sviluppo dell'adipe nel connettivo sottocutaneo, contribuisce a rendere meno sensibile la pelle.

Per le altre norme relative alla cura mi fermerò più minutamente a parlare nel paragrafo della tubercolosi.

È inoltre utilissimo l'uso del creosoto, dell'acido fenico, dell'acqua di catrame vegetale e dell'essenza di trementina tanto internamente come per polverizzazioni.

Questi rimedi eccitano l'eliminazione delle sostanze contenute nei bronchi, nelle loro dilatazioni e nelle caverne polmonari; impediscono la loro trasformazione putrida; disinfettano se è già incominciata. Rinforzano i muscoli bronchiali e promuovono la formazione di granulazioni di buona natura nelle ulcerazioni polmonari.

Si possono somministrare col polverizzatore e colla via del ventricolo.

P. Mucilagine arabica . . grammi duecento
Creosoto . . . . . goccie due
Sciroppo balsamico . . grammi trenta
(Tre o quattro cucchiaini al giorno).

P. Creosoto . . . . . goccie due
Acqua distillata . . . » trecento
(Tre polverizzazioni al giorno di dieci minuti di durata).

Le polverizzazioni si debbono sempre fare tenendo ben introdotto il tubo di vetro nella bocca del paziente; cosi si raccoglie e si introduce quasi tutta la nebbia e non si colpisce la faccia nè gli occhi.

P. Acido fenico liquido . . grammi tre
Acqua distillata . . . » trecento
(Per polverizzazioni).

P. Acqua di catrame . . . grammi cinquecento
(Da prendersi in uno o due giorni secondo l'età).

P. Acqua di catrame . . . grammi trecento
Bicarbonato di soda . . » due
(Come sopra).

Si può anche tenere nella stanza di dimora abituale del ragazzo del catrame in recipienti larghi e poco profondi, onde ne respiri i vapori sviluppantisi spontaneamente.

Le inalazioni di essenza di trementina si fanno mettendone un cucchiaino in una scodella d'acqua calda e coprendola col padiglione d'un imbuto di latta. Così il ragazzo potrà inspirare il rimedio attraverso il suo cannello. Oppure si può mettere, in un luogo non accessibile al ragazzo, un recipiente pieno di essenza onde l'ammalato inspiri i vapori che continuamente si sviluppano e sono trasportati dall'aria. Il primo metodo è molto migliore.

Per moderare la febbre nell'Ospizio usiamo, anche per queste malattie, il solfato di chinino, il quale fino ad un certo punto impedisce che i sudori notturni di questi ammalati si esagerino.

Essendo insufficiente ad ottenere questo effetto ricorriamo all'estratto acquoso di belladonna di cui prescriviamo delle pillole d'un mezzo milligramma e ne somministriamo una al mattino e l'altra la sera o di più se occorrerà; badando frequentemente se succede la dilatazione della pupilla.

P. Estratto acquoso di belladonna, centigrammi uno
s. f. s. a pillole venti (Due o tre al giorno).

Gli astringenti producono lo stesso effetto mentre possono nello stesso tempo diminuire la diarrea, le eccessive bronco-blenorree, le emorragie bronchiali, rare nell'infanzia, e quelle intestinali dipendenti dall'approfondarsi delle ulcerazioni.

P. Tannino . . . . grammi uno
Acqua calda . . . . . . » cento
(Un cucchiaino ogni due o tre ore);

oppure:

P. Foglie di salvia . . . . . grammi dieci
s. f. s. a decozione alla colatura di » centocinquanta
Sciroppo comune . . . . . » venti
(A cucchiaini).

I bagni di salvia si prescrivono in questo modo:

P. Foglie di salvia . . . . . . grammi cento
s. f. s. a decozione alla colatura di » mille
(Da versare nel bagno già preparato).

Unendo al decotto di salvia quindici o venti grammi, per ogni cento di colatura, di gomma arabica polverata si ottiene, oltre al suo effetto astringente ed eccitante, quello involgente nelle ulcerazioni intestinali, e così si può surrogare la decozione di radice di colombo, di salep, il decotto bianco, il decotto di riso, ecc.

Usai qualche volta nella diarrea dei tubercolosi il nitrato d'argento. Lo trovai utile nelle dosi piccolissime, come già dissi trattandosi dell'enterite lenta.

L'acqua albuminosa pruduce effetti meschinissimi.

Cito a titolo di ricordo i clisteri di decotto di riso, di crusca, di seme di lino, ecc. usati *una volta* per moderare queste diarree ma che servivano a niente altro che a tormentare inutilmente l'infermo non potendo, per la loro piccola quantità, essere spinti abbastanza in alto in modo da oltrepassare la valvola ileocecale.

Dell'Enfisema polmonare. — Nella lunga convalescenza delle malattie infantili in cui la nutrizione si ripiglia stentatamente, per cui è insufficiente la riparazione e la reintegrazione dei tessuti, succede non di raro che si verifica mediante l'esame fisico dei polmoni come le pareti delle vescicole sono anche state comprese nella denutrizione generale, sebbene la malattia principale abbia invaso altri organi.

Sono difatti eccessivamente assottigliate e dilatate per aver perduto l'elasticità. E talvolta qualcheduna di esse apparisce perfino ad occhio nudo. Contemporaneamente vi è pure l'atrofia del tessuto connettivo interstiziale.

Ed in questi casi l'enfisema non è sempre generalizzato in tutto l'àmbito polmonare.

La dilatazione degli alveoli può conservarsi dopo una polmonite crupale in cui l'assorbimento dell'essudato siasi fatto con molta lentezza, ed allora si trova limitato ordinariamente alla regione che ne fu affetta.

L'enfisema consecutivo alla pleurite si osserva invece nelle regioni che

non furono comprese nel processo morboso dalla stessa parte in cui si trovava l'essudato, se era limitato, e in caso contrario anche nel polmone dell'altra parte.

Ma anche in questi casi entra come causa necessaria la denutrizione che subirono le pareti delle vescicole, e la compressione e gli stiracchiamenti che subirono i capillari che decorrono nel loro spessore, che non poterono far a meno di alterare la circolazione del sangue lungo la loro cavità.

Se dopo la guarigione della pleurite una parte del tessuto polmonare diventa impermeabile perchè è impedita la sua dilatazione, l'enfisema invade le parti del polmone immediatamente più vicine e in proporzione della più o meno grande estensione di quelle che sono impermeabili per essere state a lungo compresse o lo sono tuttora dall'essudato fibrinoso organizzato.

Qualunque impedimento alla libera uscita o entrata dell'aria negli alveoli polmonari produce anche la malattia in discorso. Per cui si osserva durante la laringite, nell'edema della glottide, nel suo spasmo, nella tosse spasmodica, ecc., per non parlare della compressione esercitata da una ghiandola linfatica, su di un bronco o sulla trachea, nonchè da qualche tumore.

Le conseguenze dell'enfisema possono essere talvolta molto gravi e non risolvibili o molto difficilmente. Imperocchè le vescicole polmonari, dilatate eccessivamente per continui sforzi respiratorii, producono l'atrofia completa del tessuto interstiziale, vengono a contatto, confluiscono oppure si rompono se non trovano più resistenza. Allora l'aria si infiltra nel tessuto polmonale, nel sottopleurale, nei mediastini, nel tessuto connettivo peribronchiale, nella cavità toracica e nel connettivo sottocutaneo del collo e del petto.

La cura va diretta alla malattia principale se l'enfisema è secondario, e va fatta con tanto maggiore attenzione quanto è più grande l'ostacolo alla respirazione ed è gracile il bambino, deboli le sue forze, deficiente la sua nutrizione. Si sostengano quindi per quanto è possibile le sue principali funzioni organiche, specialmente negli stati febbrili. Risolta la malattia principale si mandino in campagna in luoghi elevati i ragazzi in cui rimase tale conseguenza della malattia pregressa, dove per la pressione atmosferica ridotta al minimo, le vescicole polmonari, meno spinte eccentricamente e più nutrite, ripiglino la forma, la grandezza e l'elasticità fisiologica. Lo stesso si dica dell'enfisema osservato nei convalescenti che non è sempre prodotto da malattia dell'apparecchio respiratorio.

L'enfisema sottocutaneo si cura con piccole punture se è limitato. Essendo molto esteso si vuota col trequarti capillare. Si copre in seguito o con una fasciatura compressiva o con vari strati di collodio.

Mi successe qualche volta di veder insorgere una risipola consecutiva alla puntura ed in seguito di essa delle escare, ulcerazioni, ecc.

Della Pleurite acuta dei bambini e dell'Idrotorace. — La pleurite acuta complica frequentemente la polmonite crupale avvenuta nella parte periferica dei lobi polmonari. Essendo idiopatica avviene, come negli adulti, in modo subdolo. La tosse che manca qualche volta nella polmonite non manca mai nella pleurite ed è accompagnata dalla frequenza della respirazione e dall'aumentarsi gradatamente della dispnea che segue il graduale aumento dell'essudato sieroso. Il quale, facendosi abbondante, la respirazione diventa sempre più imperfetta e l'eccesso d'acido carbonico nel sangue viene manifestato dalla cianosi crescente, la quale di raro si fa allarmante come quella della polmonite diffusa forse perchè questa succede più rapidamente e come quella che è conseguenza della pleurite degli adulti. Di fatti i bambini con un versamento pleurale acuto non accusano come gli adulti della difficoltà di respiro se decombono sul lato sano, se gridano, se fanno movimenti anormali, ecc. Inoltre lo spostamento dei visceri non è così esagerato anche quando una delle cavità toraciche è completamente occupata dall'essudato. Un'altra differenza è questa, che mentre nella polmonite il maggior inarcamento delle coste corrisponde nello stadio acuto alle parti sane dei polmoni che sono enfisematose, nella pleurite invece corrisponde alla regione che subisce la pressione dell'essudato il quale dall'indentro in fuori fa sporgere gli spazi intercostali.

Il torace della parte affetta pare trascinato in alto dall'inspirazione del torace sano che si dilata di più. Il rumore di fregamento si sente più bene dopo il riassorbimento dell'essudato liquido e meno assai in sul principio della malattia. L'essudato liquido si può verificare solo se è abbondante, tenendo pure sempre conto della posizione che l'ammalato aveva prima d'essere esaminato e di quella del cuore il quale si sposta a destra dello sterno se la pleurite è a sinistra o viceversa e ripiglia successivamente la posizione fisiologica di mano in mano che l'essudato va riassorbendosi, mentre nello stesso tempo si appianano gli spazi intercostali. Se il polmone rimase raggrinzato e atelettasiaco dopo l'assorbimento d'un essudato pleurale liquido abbondante succede sempre un restringimento proporzionale del torace dalla stessa parte e quindi l'incurvamento in dentro della regione corrispondente della colonna vertebrale, l'avvicinamento delle

coste e l'innalzamento del diaframma. La parte impermeabile del polmone, quantunque non funzioni, può ciò non ostante venire ammalata sia per la debolezza circolatoria del sangue nei suoi capillari, sia per essere esposta a frequenti congestioni.

La convalescenza della pleurite è quasi sempre lunga, stentata e soggetta a varie complicazioni sia dal lato dei polmoni che del cervello e degli intestini.

Facendo la cura, si abbia riguardo, pensando all'indole della malattia e alle complicazioni che potrebbero più tardi avvenire, di schivare tutti i mezzi debilitanti tanto del cuore quanto del sistema nervoso. Sull'acerbo dolore laterale che tanto aumenta la dispnea si facciano delle applicazioni fredde e si continuino se sono sopportate e se fanno effetto. In caso contrario si usino i cataplasmi caldi sui quali si stenda prima dell'applicazione dell'olio di giusquiamo o di belladonna od una pomata narcotica.

Per moderare la febbre si preferisca il solfato di chinino a cucchiaini lungo il giorno sciolto nell'acqua o nel decotto di china, oppure nel vino pei ragazzi più grandicelli.

Si sostengano inoltre le forze dell'ammalato con brodi concentrati, tuorli d'uova nel brodo, pan triti in brodi ristretti, ecc. se non vi è febbre o se è piccola. Cessata la quale si alimenti l'ammalato con uova, carne, latte, vino nei limiti imposti dallo stato del tubo gastroenterico.

Verificando tutti i giorni la quantità delle orine ci accorgiamo della diminuzione che subisce gradatamente quando l'essudato liquido è in via di formazione e dall'aumento successivo il principio del suo assorbimento, e questo ci serve di regola per l'uso dei diuretici i quali spiegano eminentemente la loro azione solo nei casi nei quali la diuresi che avviene per tendenza naturale va favorita e non hanno effetto alcuno per impedire la formazione d'un essudato liquido. Trattandosi di prescriverli avverto che non vanno mai scelti quelli deprimenti nè quelli irritanti.

Uno dei migliori è il seguente:

P. Infus. di digitale . gr. cento
Acetato di potassa . » tre
Sciroppo di cedro . » venti
} per i ragazzi di sei o sette anni

(Un cucchiaino ogni tre ore).

Aumentando eccessivamente o rapidissimamente l'essudato in modo da produrre soffocazione, si deve fare subito la paracentesi toracica o col metodo antico o coll'aspiratore del Dieulafoy.

Rimanendo discreto l'essudato per molto tempo o riassorbendosi len-

tissimamente si faccia l'applicazione di tintura alcoolica di iodio puro o diluita con eguale quantità di alcool con cui si unge mattino e sera il torace della parte ammalata con un pennello fintantochè vi si faccia il distacco dall'epidermide. Allora si sospende per ricominciare in un altro luogo. Oppure si usi la pomata di ioduro di potassio iodata in fregazioni anche due volte al giorno coprendo la parte con un foglio di guttaperca e contemporaneamente si nutrisca il ragazzo il più che si può e secondo che viene tollerato dalle vie digerenti per riparare alla denutrizione che alcune volte è grande per chi ha sofferto questa malattia, e per correggere l'anemia che l'accompagna ed è sempre una conseguenza inevitabile delle malattie delle membrane sierose.

Questi mezzi servono pure nella pleurite lenta nella quale si farebbe assai bene se, potendolo, si mandassero gli ammalati in montagna. Non si dimentichi mai di avvertire la famiglia che essendovi un essudato pleurale non si lasci decombere l'ammalato sulla parte opposta di esso onde non ne segua una sincope che potrebbe essere mortale e tanto meno se l'essudato è a sinistra.

Essendovi un empiema, raro però nei ragazzi, che si riconoscerebbe dall'andamento intermittente ed irregolare della febbre durante il suo formarsi e dopo che si è fatto stazionario, oltre alla cura medica che va sempre fatta dapprima e continuata coi chinoidei, si pratichi la puntura se si crede che le forze dell'ammalato siano ancora sufficienti a tollerarla e si faccia subito dopo coll'aspiratore un'iniezione con alcool o tintura di iodio puro o allungato nell'alcool.

Se invece l'apertura si facesse spontaneamente all'esterno si può fare egualmente l'iniezione suddetta e far la cura come se si trattasse d'un ascesso lento. Nella convalescenza si mandi l'ammalato ai bagni e nell'aria marittima.

Della Tiroidite acuta e cronica. — Ne vengono affetti quasi esclusivamente i bambini scrofolosi. In alcune regioni è endemica. Talvolta è anche ereditaria in regioni dove non è endemica.

La ghiandola tiroide infiammata acutamente non si risolve in modo completo e non raggiunge più, o almeno di raro, il volume primitivo; e ricade in seguito facilmente ammalata. Dopo molte recidive intercalate o no da cure mediche passa allo stato cronico. Allora continua a svilupparsi ma molto più lentamente e assai di raro in modo da non recare dei disturbi alla respirazione per la compressione anche leggiera che esercita sulla trachea. Per cui in seguito di ogni sforzo muscolare, anche di poca importanza, avviene una leggiera dispnea e la tosse, ecc., e questi

effetti vanno aumentando se non continua ad essere fatta la cura dovuta, la quale tende ad ottenere un doppio scopo: 1° A far risolvere il tumore, che è quanto dire, trattandosi della ghiandola tiroide, per ridurlo a minor volume essendo una delle più grandi rarità la sua completa risoluzione; 2° ad impedire che diventi più voluminoso. A questo scopo servono assai bene i risolventi di cui diremo nel paragrafo apposito.

La tiroidite acuta va curata coi cataplasmi emollienti di riso, di farina di linseme, coi purganti salini, col riposo in letto se vi è febbre. Non si curi mai colle emissioni sanguigne locali, le quali servono soltanto ad indebolire l'organismo del paziente tutt'altro che robusto anche con un grande sviluppo del pannicolo adiposo sottocutaneo.

Dei corpi estranei nelle vie respiratorie. — La chirurgia infantile si prende cura dei casi nei quali i corpi estranei introdotti nella laringe o nella trachea sono causa di grave dispnea e di soffocazione, per mezzo della tracheotomia, per tentare di estrarli. Ma ciò non è sempre possibile. Se sono piccoli e leggieri la tosse ed il vomito spontaneo o prodotto dagli emetici producono l'eliminazione, a meno che penetrando profondamente si siano conficcati nello spessore della mucosa o incuneati in qualche canale bronchiale. Allora avremo dei sintomi infiammatori diversi secondo i casi ma sempre proporzionali all'importanza della parte ammalata e della superficie polmonare che è esclusa dalla respirazione, ed alla lesione prodotta dal corpo estraneo.

La cura medica consiste nel somministrare gli espettoranti ed i vomitivi il più presto possibile, e nel curare in seguito le malattie consecutive secondo i sintomi che presentano.

CAPITOLO XII.

Delle malattie cardiache in generale — Della Debolezza cardiaca — Dell' Endocardite — Della Pericardite — Dell' Idropericardio — Della loro cura.

Delle malattie cardiache in generale. — Queste malattie si osservano tutt'altro che raramente nei bambini come finora si è creduto a cagione della mancanza d'abitudine ad esaminare quest'organo le cui funzioni dovrebbero essere frequentemente esplorate dal medico, se non per le prime almeno fra le prime.

Di raro primarie, ordinariamente sono consecutive a processi morbosi acuti o cronici, febbrili o no, e a malattie infettive, fra le quali annovero in ispecial modo la scarlattina, la difterite ed il morbillo; al reumatismo poliarticolare, ecc., e possono avvenire tanto lungo il loro decorso quanto nella convalescenza.

La loro comparsa avviene in modo subdolo, e senza sintomi speciali e nemmeno una benchè minima esacerbazione febbrile, dolori locali, disordini respiratorii e circolatorii, ecc.

La maggior parte delle volte decorrono inosservate e guariscono colla malattia principale o nella convalescenza allorquando il medico mette in azione tutti i mezzi più opportuni a fare la cura ricostituente.

Le lesioni che presentano sono di varia natura ed importanza secondo la causa. Così, a cagion d'esempio, il cuore sarà eccessivamente dilatato e deboli le sue contrazioni dopo una tosse spasmodica di lunga durata ed i cui accessi furono assai intensi; denutrito in tutte le sue parti se il bambino fu assoggettato per lungo tempo ad una nutrizione non adatta per la qualità o difettosa per la quantità; i suoi muscoli papillari o delle pareti rilasciati dopo accessi convulsivi molto violenti e di lungo decorso, edematosi o infiltrati di adipe se l'organismo dovette per molti giorni soffrire una malattia febbrile: ed in fine gli essudati che si trovano depositati sulla membrana sierosa che tappezza le sue pareti interne ci dimostrano alcune volte come il processo morboso che l'invase più del valore d'una conseguenza abbia quello d'una complicazione.

Allorquando il cuore si trova in queste condizioni insorgono frequentemente delle palpitazioni le quali ora avvengono ad accessi, ora durano un

tempo più o meno lungo ed hanno diversa importanza ed effetto secondo lo scopo che le dirige, giacchè in alcuni casi servono ad eccitare la circolazione generale molto inerte per essere inattivi i muscoli arteriosi o perchè un ostacolo insorto la rende molto lenta, altre volte perchè l'eccesso di forza produce una compensazione richiesta dall'anormale funzionamento d'una valvola; per esservi un accesso di acido carbonico nel sangue e nei tessuti, ecc., o per cause le quali agiscono direttamente sulla sua innervazione.

Allorquando vengono ad accessi possono anche venire prodotte da cause esterne all'organo ammalato. E diffatti non di raro sono sofferte da ragazzi che debbono compiere delle fatiche intellettuali o muscolari superiori alla loro capacità ed allo sviluppo dell'organismo, oppure sono soggetti a patemi d'animo, a spaventi, a paure di castighi o tenuti abitualmente in cattive condizioni igieniche.

In qualunque caso l'eccesso di lavoro del cuore è seguito da un periodo di riposo il quale non dovrebbe mai essere disturbato, anzi prolungato il più possibile. Se l'accesso fu violento egli non entra in riposo immediatamente ma dopo la graduale e successiva diminuzione di forza e del numero delle evoluzioni ed allora l'orecchio esploratore può tener dietro alle variazioni subite dai toni e dai rumori durante il tempo in cui dura l'accesso, mentre si sentono dei toni e rumori diversi qualora l'esame sia fatto ad epoche lontane. La quale cosa le prime volte in cui si ha in cura un bambino cardiopatico possono rendere alquanto incerta la diagnosi.

Ma siccome deve esservi necessariamente un assoluto accordo funzionale fra l'evoluzione cardiaca e la polmonare nel senso che l'espansione dei polmoni dipendente dalla dilatazione massima di tutte le vescicole e di tutti i capillari che circolano nelle loro pareti e nel tessuto interstiziale deve corrispondere non soltanto all'aumento di capacità delle pareti toraciche prodotto dall'azione muscolare, ma ancora alla quantità di sangue che viene spinta dalla sistole cardiaca durante l'inspirazione, quando non si verifica questo rapporto, ne avverranno dei disordini nella modalità e nella estensione della respirazione. Cioè se la capacità dei capillari non è sufficiente ad accogliere la maggior quantità di sangue spintavi durante gli atti sistolici i quali si succedono incessantemente durante l'espansione polmonare, mentre nello stesso tempo altre ondate sanguigne già ossigenate passano di nuovo nel centro circolatorio, i capillari si dilateranno e rimarranno tali finchè dura simile stato di cose, il che impedirà la retrazione dei polmoni e la chiusura completa delle vescicole nelle regioni in cui la congestione sarà anche favorita dalla gravità, quali sono le infe-

riori e le posteriori. E nello stesso tempo per la relativamente insufficiente *vis a tergo* la circolazione polmonare sarà assai lenta: ed i muscoli toracici destinati a dilatare la cavità solleveranno in massa le sue parti inferiori e tenderanno a far acquistare una maggior capacità alle regioni superiori per il bisogno d'ossigeno sentito dall'organismo intiero il quale impone loro una più grande attività. Per cui durante gli accessi gravi della palpitazione che accompagna le malattie organiche del cuore, nei quali è molto inceppata la circolazione polmonare, avremo anche una respirazione superficiale e frequente accompagnata dal sollevamento delle spalle e da un maggiore inarcamento della parte superiore dello sterno e delle cartilagini costali corrispondenti. La faccia del bambino sarà cianotica, la bocca semiaperta, le narici in continua dilatazione e restringimento, ecc. Nei casi leggieri, che sono i più frequenti, avremo un quadro sintomatologico un po' meno allarmante.

Cessato l'accesso, la più ampia escursione che possono subire l'espansione e la retrazione polmonare fanno risolvere l'alterazione circolatoria secondaria delle parti declivi degli organi respiratorii, le vesciche ripigliano la loro normale funzione ed il centro circolatorio sia per la cessazione dell'eccitamento che lo spingeva ad un maggior lavoro, sia per l'abolizione di questi ostacoli, entrerà in un periodo di riposo la cui necessità è proporzionale all'eccesso di lavoro fatto e anche richiesto dalla maggior fatica alla quale dovettero soggiacere i muscoli inspiratorii che con esso dovettero funzionare di mutuo consenso. Tutti gli altri sistemi dell'organismo ne dimostreranno eziandio le conseguenze per mezzo dell'esaurimento nervoso, del rilasciamento muscolare, del sonno profondo, della diminuita temperatura e della stanchezza che si farà sentire molte ore dopo la cessazione d'un grave accesso unitamente alla debolezza del polso.

Ed allora l'intensità dell'evoluzione cardiaca non solo col diminuire suo progressivo diventa normale ma si abbassa ancora di più, per cui il battito cardiaco, il quale dapprima colpiva fortemente l'orecchio e sollevava la parete toracica, ora sembra essersi allontanato, tanto è indebolito, e l'incontro dei bordi delle valvole è così poco energico che a mala pena o niente affatto viene distinto coll'ascoltazione il primo tono dal secondo sebbene gli intervalli frapposti siano regolari ed appena sensibilmente prolungati o abbreviati dall'evoluzione respiratoria.

L'accesso di palpitazione succede quasi sempre di notte e si mostra con tutta la sua imponente gravità dopo essere stato annunziato da un sonno inquieto ed agitato. Ed allora il bambino si sveglia di soprassalto, dopo aver fatto un sogno spaventoso, con ansia di respiro, senso di stringi-

mento alla gola, voce afona, viso pallido, estremità fredde e la pelle bagnata di sudore.

Talvolta gli accessi non si presentano ma il bambino soffre continuamente di dispnea, di agitazione notturna, di cianosi, di prostrazione di forze; è pallido, si lagna di palpitazioni frequenti, ecc.

Le palpitazioni avvengono anche nel decorso di altre malattie contemporanee alle lesioni cardiache le quali hanno invaso organi diversi per cui possono accompagnare o intervenire durante o dopo una enteralgia, un catarro gastroenterico acuto o cronico, la presenza di vermi negli intestini, e in questi casi non tanto di raro succede che per la poca intensità dei sintomi delle altre malattie vengono tenuti in maggior conto quelli dipendenti dal centro circolatorio.

Vero è che la più appropriata terapeutica avendo più di mira il dovere di curare specialmente ed in particolar modo ogni ammalato piuttostochè la malattia da cui è affetto, supera gli eventuali errori di diagnosi che in questi casi possono sfuggire al pratico più assennato, moderando ora la eccessiva energia d'evoluzione ora eccitandone il movimento opportunamente durante il decorso di un processo morboso, impedisce le complicazioni che potrebbero intervenire e mantiene l'organismo nelle condizioni più adatte a superare la malattia intercorrente.

Il periodo di tempo nel quale avvengono le palpitazioni dipende naturalmente dalla durata dello stato anormale dell'organo circolatorio se fu affetto primitivamente, o dall'organismo nel quale è alterata la costituzione chimica o morfologica del sangue o la funzionabilità dei centri nervosi o la conducibilità dei tronchi di trasmissioue o perchè si trovò a lungo immerso in cattive condizioni igieniche e ci rimane tutt'ora per cui viene favorita l'azione di qualunque causa morbosa e specialmente di quelle che si dirigono ai centri nervosi e circolatorii.

Della Debolezza cardiaca. — La debolezza cardiaca ha molte forme e modi di manifestarsi verificabili durante i vari stati patologici in cui può trovarsi un ammalato. Di essa metto sotto gli occhi dei miei lettori ancora qualche esempio abbastanza comune e frequentemente osservabile da tutti.

Nei bambini affetti da malattie febbrili come polmonite crupale, bronco alveolite, ecc., non di raro si osserva di sera durante la maggior altezza della temperatura che diventano cianotici, dispnoici più di quanto lo esiga l'importanza e l'estensione del processo morboso e mentre il polso è debole, molto compressibile, di varia frequenza, l'orecchio percepisce un soffio sistolico nella regione cardiaca non sentito nel mattino, e in generale

durante ogni massima defervescenza febbrile nella quale non mancano però i toni deboli, la piccolezza e frequenza del polso uniti ad un crescente benessere dell'ammalato.

Ed il delirio, la risoluzione muscolare, l'edema polmonare complicante l'abbassamento della temperatura della pelle delle estremità fanno quasi sempre parte della sintomatologia dipendente dalla massima elevazione della temperatura per cui questi sintomi non sono proprii a qualcheduna malattia soltanto, sono invece assai comuni e debbono fino ad un certo punto essere previsti dal medico il quale cura un ammalato in tali condizioni.

Osserviamo poi non di rado dei ragazzi i quali hanno frequentemente le estremità fredde, poca energia nei movimenti, polso piccolo e che per causa di poca entità divengono cianotici e dispnoici, soffrono vertigini, palpitazioni, ecc., ed il volto passa dal pallore al rossore rapidamente; hanno la respirazione ansante dopo una breve salita o dopo aver compiuto qualche movimento un po' più energico del normale. S'intende che questi erano già prima d'ora tutt'altro che sani e robusti in ogni parte del loro organismo forse fin dalla nascita, oppure anche dopo a cagione d'una nutrizione non appropriata o per aver sofferto frequentemente delle malattie esaurienti o sebbene di raro dei processi morbosi che indebolirono profondamente il loro organismo.

Per i motivi detti di sopra e perchè l'esame statico presenta pur esso le sue difficoltà è necessario abituarsi per tempo ad esaminare il cuore dei bambini approfittando di tutte le occasioni che si presentano per fare tale studio e non aspettando di esserne costretti perchè si deve curare una complicazione cardiaca la quale non si è capaci di diagnosticare con sicurezza se non si ha una lunga abitudine; ma si può soltanto sospettare.

La sintomatologia delle malattie cardiache è eguale a quella degli adulti se nonchè si presenta quasi sempre con una minore intensità. Così che mentre, a cagione d'esempio, un adulto affetto da un'insufficienza mitrale compensata deve badare continuamente a non far sforzi muscolari, salir scale troppo in fretta o a lungo, nè esporsi ad un clima troppo variante, il ragazzo non dà segno alcuno di sofferenza nelle stesse circostanze supponendo pure che tali cause vengano esagerate.

La valvola mitrale è quella che trovasi affetta la più frequentemente di tutte. L'ultima bambina che mi fu dato di curare affetta da questa malattia soffriva frequentemente la dispnea durante il sonno e l'orecchio applicato sulla regione cardiaca paragonava il succedersi rapido e disordinato dei toni accompagnati da un soffio sistolico al complesso di rumori

sentiti quando il cavallo va al galoppo. Non mancava l'edema polmonare e la broncopolmonite. Morì dopo venti giorni di cura. Questa endocardite cominciò tre anni prima durante un morbillo grave superato abbastanza bene dalla mia piccola ammalata.

Per far l'ascoltazione del cuore dei bambini di pochi anni basta applicare l'orecchio fra il capezzolo sinistro e lo sterno, come già si è detto più volte. Colla percussione se non vi è abitudine acquistata colla perseveranza si riesce difficilmente a stabilire la forma e l'estensione dell'area cardiaca tanto nel sano quanto nell'ammalato.

Dell'Endocardite acuta. — Si osserva più frequentemente e anzi la maggior parte delle volte nel ventricolo sinistro e lascia i suoi reliquati nelle valvole dell'orifizio auricoloventricolare, dai quali viene prodotta ora un'insufficienza ora una stenosi, ma più sovente la prima.

Di raro i reliquati anatomopatologici dell'endocardite si osservano nel ventricolo destro. Gli essudati infiammatori si riassorbiscono assai più facilmente nei bambini che negli adulti. È questo il motivo per cui l'endocardite guarisce più bene e rapidamente. La compensazione, allorquando rimangono delle lesioni valvolari, si fa eziandio più presto, aiutata come viene dal continuo sviluppo che subisce il muscolo cardiaco nei bambini, nonchè dalla buona nutrizione, e li preserva anche meglio e più sicuramente dalle malattie secondarie.

Della Pericardite acuta. — Nei casi gravi in cui l'evoluzione cardiaca è impedita, rallentata, o resa disordinata dalla presenza dell'essudato liquido e da quello fibrinoso che tiene aderente più o meno intimamente le due pagine del pericardio, questa malattia si manifesta per mezzo di una tosse secca solleticante, della dispnea dipendente da una consecutiva congestione polmonare con edema, della cianosi unitamente ad una sensazione locale di oppressione più o meno estesa ed accusata dai ragazzi più grandicelli, da un dolore puntorio e lancinante corrispondente alla regione e più estesa della medesima.

Questi sono i sintomi della pericardite primaria. Quella che complica altre malattie, avviene subdolamente e di raro se ne può constatare con sicurezza il giorno dell'invasione a meno che si esamini frequentemente la regione.

La pericardite leggiera può essere confusa colla debolezza cardiaca assai facilmente. L'errore del resto è facile da commettersi perchè nell'uno e nell'altro caso i toni sono deboli e poco distinti e l'orecchio non sente l'urto della punta del cuore contro la parete toracica durante la sistole e non mancano nemmeno gli altri sintomi che sono il polso piccolo

e debole, l'abbassamento della temperatura delle estremità, la leggiera cianosi, la prostrazione di forze, ecc.

Il rumore di fregamento se è sentito aiuta molto a fare la diagnosi. Ma è caso raro che il medico abbia tale fortuna, poichè l'essudato è molto meno ruvido che negli adulti ed inoltre la raccolta sierosa si compie assai più rapidamente nei bambini. Oltre che da questo sintomo la diagnosi sarà dimostrata dall'aumentata estensione dell'area cardiaca, dalla lontananza successivamente crescente dei toni cardiaci dalla parete toracica e dall'aumento della loro debolezza.

Dell'Idropericardio. — Questa malattia non si osserva mai primariamente nei bambini come vediamo per le altre due di cui già dicemmo, ma è sempre consecutiva, oppure complica delle malattie febbrili di varia natura. Apparisce anche nel decorso di alcune malattie croniche ed esaurienti, ed allora è accompagnata da analoghi versamenti nelle altre cavità splanchiche. Oltre ai sintomi che già nominai, dipendenti dalla raccolta sierosa successivamente aumentante e rivelata dall'esame statico, vi è ancora talvolta l'inarcamento delle coste corrispondentemente alla regione cardiaca.

Della cura delle malattie cardiache. — Le malattie organiche di cuore, le quali sono compatibili collo stato fisiologico abituale del bambino, non richiedono mezzi curativi appositi, ma la sola cura ricostituente da farsi a ciascun convalescente.

Ma se il bambino soffre a cagione di esse, per dispnea, tosse molesta, cianosi, congestioni varie, ecc., va tenuto a letto, in un'atmosfera tiepida e costante e colle spalle sollevate.

Se gli ammalati li tollerano, si facciano, tanto più nella pericardite, dei bagni freddi con pezzuole o spugne sulla regione cardiaca, i quali, oltre a rinforzare e sostenere l'azione del cuore, diminuiscono i dolori che l'ammalato accusa.

Si sostengano le forze coi chinoidei a dosi piccole e refratte o con decotto di scorza di china. Si nutrisca bene l'ammalato con buoni sughi, brodi ristretti, tuorli d'ovo nel brodo, pantriti, latte, ecc., evitando gli eccitanti e le replezioni del ventricolo.

Gli si tenga l'alvo libero ora con leggieri purganti ora con clisteri evacuanti o irritanti, sia per fare delle derivazioni intestinali, sia per togliere degli ostacoli circolatorii ed alla respirazione.

Si curi cogli espettoranti l'edema polmonare e il catarro bronchiale consecutivo. Essendo insufficienti si unisca ad essi qualche sostanza eccitante come sono le acque aromatiche, oppure delle tinture aromatiche, ecc.

Indebolendosi eccessivamente l'azione cardiaca ed aumentando per questo l'edema polmonare e la dispnea, si applichino dei senapismi caldi sul torace e sulle estremità inferiori.

Oltrepassato lo stadio acuto dell'endocardite è indicata la digitale in infusione qualora l'evoluzione cardiaca sia debole e disordinata; ad essa si unirà l'acetato di potassa se le orine saranno diminuite di quantità e se vi sono edemi.

Contro gli essudati sierosi della pericardite, i diuretici e l'applicazione di vescicanti servono a nulla. Se però il loro assorbimento tardasse a farsi, si applichi sulla regione cardiaca la tintura di iodio diluita con alcool, o la pomata di ioduro di potassio fino alla completa risoluzione, della quale do le seguenti formole:

P. Ioduro di potassio . . . . grammi quattro
Acqua distillata . . . . » cinque
Grasso depurato . . . . » trenta
s. m. e.
(Uso esterno).

P. Ioduro di potassio . . . . grammi tre
Acqua distillata . . . . » cinque
Iodio finissimamente polv. . . . » quattro
Grasso depurato . . . . » trenta
s. m. e.
(Uso esterno).

Tanto l'una quanto l'altra di queste pomate vanno preparate ogni volta che occorre.

La dilatazione cardiaca e la sua degenerazione adiposa vanno anche curate coi ricostituenti e secondo i sintomi che andranno presentandosi.

L'idropericardio va trattato coi diuretici e coi ricostituenti finchè è leggiero. Diventando abbondantissimo ed essendo estrema la debolezza cardiaca se ne faccia la vuotatura. Non appena le vie digerenti siano in istato di ben funzionare si incominci subito la cura ricostituente nel modo già detto più volte, il quale deve anche essere adatto alla costituzione dell'individuo che si deve curare.

CAPITOLO XIII.

Delle malattie del sistema nervoso — Del Tetano e del Trismo dei neonati — Dell'Epilessia — Dell'Eclampsia — Delle altre convulsioni — Della Corea — Della cura di queste malattie.

Del Tetano e del Trismo dei neonati. — Questa malattia è molto rara fortunatamente, ed i pochi casi che finora furono osservati terminarono tutti colla morte, in pochi giorni, ora per esaurimento di forze, ora per congestione cerebrale secondaria, altre volte per inanizione, non potendo il bambino prendere il latte per la permanente contrazione dei muscoli elevatori del mascellare inferiore, e troppo rari i momenti in cui cessando le convulsioni egli prende riposo e può essere messo al petto della nutrice. Un'altra causa di morte è l'asfissia dipendente dalla difficoltà con cui si compie la funzione respiratoria trovandosi eziandio compromessi nel processo morboso i muscoli più importanti al suo compimento.

La rarità della malattia e la difficoltà in cui ci troviamo nello stabilire se l'ammalato durante la stessa ha la coscienza di sè per cui si accorge di quanto succede nel suo organismo, lasciano dubitare, e non tanto fuori di proposito, relativamente ai pochi casi riferiti, se si trattasse veramente di questa malattia piuttosto che di convulsioni comuni o di eclampsia, poichè tanto le une quanto l'altra possono, in date circostanze, prendere la forma tetanica, ed inoltre nelle une e nelle altre non manca mai o di raro la contrazione degli elevatori della mascella inferiore, nè quella dei muscoli della nuca, alla quale fu sempre data molta importanza per far la diagnosi della malattia in discorso.

Per cui trattandosi di fare un'esatta diagnosi non è mai sufficiente l'attenzione da prestare a questi ammalati, non perchè serva a stabilire un metodo di cura più degli altri efficace, ma per essere dovere del medico e dello scienziato il farsi un'idea, la più precisa possibile, di tutto quello che passa nell'organismo dell'ammalato soggetto ai suoi studi ed alla sua osservazione.

In quanto alle cause del tetano dei neonati siamo tutt'ora molto allo scuro. Nè ci persuadono le asserzioni di eccellenti autori i quali sostengono d'averle osservate in certi bambini nei quali era difficile l'espulsione

del meconio, e in altri affetti da malattie infiammatorie nella regione ombelicale, e più tardi durante la dentizione o a cagione di una grave stitichezza; imperocchè col gran numero di bambini di qualunque età che ci sono passati per le mani, non abbiamo mai veduto che le convulsioni, dalle quali in quelle circostanze vengono assaliti certi bambini, fossero caratterizzate dalla contrazione generale di tutti i muscoli, come avviene presso gli adulti affetti da tetano e in modo da rendere il corpo assolutamente rigido. Invece avevano i caratteri delle convulsioni comuni e inoltre alcuni bambini affetti dalle medesime guarirono.

In quanto al trismo o al tetano dei ragazzi d'alcuni anni di vita, lo credo anche raro al pari di quello dei neonati, ma assai più facilmente verificabile, riguardo alle differenze che senza dubbio lo fanno distinguere. La prognosi relativa alla vita è un po' meno grave per la più grande resistenza dell'organismo, tanto più se i ragazzi che ne furono assaliti sono sempre stati ben nutriti e robusti.

La causa per questi è analoga a quella che la produce negli adulti, cioè ora è reumatica, ora si tratta d'una ferita ad un membro, oppure d'una contusione ad un dito, d'una frattura, d'una lussazione, ecc.

Il miglior modo di fare la cura nei neonati è l'uso dei bagni tiepidi a 35° C. prolungati parecchie ore o giorni intieri, tenendo nello stesso tempo l'alvo libero per mezzo di piccoli clisteri evacuanti e avendo cura, negli intervalli di riposo, di nutrire opportunamente l'ammalato.

L'esaurimento di forze che succede alle convulsioni, va curato somministrando qualche cucchiaino di un'acqua aromatica o d'un infuso di camomilla, di salvia, o meglio ancora di brodo caldo, e tenendo caldo l'ammalato con applicazioni di bottiglie d'acqua calda, profumi, ecc.

Il tetano dei ragazzi può essere curato nello stesso modo di quello dei neonati: si può aggiungere l'uso del cloralio, del bromuro di potassio, della canape indiana, del curaro e del succinato d'ammoniaca e infine nei casi gravi colle iniezioni di solfato di atropina e di cloridrato di morfina. Di questo propongo la seguente formola:

P. Cloridrato di morfina . . . centigr. cinque
Acqua distillata . . . . . . grammi cento
(Per iniezioni ipodermiche).

Ogni venti grammi di questa soluzione contiene un centigramma, e quindi ogni gramma un mezzo milligramma, ogni dieci goccie un quarto. E così il medico, cominciando dalle dosi piccolissime, per qualunque età del suo ammalato può regolarsi per il numero delle iniezioni giornaliere non tanto dal numero degli anni quanto dall'effetto.

Queste sono state trovate molto efficaci da alcuni colleghi.

In quanto a quelle di solfato di atropina, eziandio indicate, ne parlai e ne diedi la dose nel paragrafo dello spasmo della glottide.

Degli altri rimedi si indicherà la dose nell'apposito paragrafo.

Dell'Epilessia. — Le forme di questa malattia che finora vidi nei bambini sono due, cioè l'accesso completo nel quale l'ammalato cade improvvisamente, e viene preso da convulsioni generali toniche o cloniche secondo i gruppi di muscoli che vi prendono parte. Imperocchè quelli della nuca e del dorso ordinariamente si mantengono contratti per tutto il tempo dell'accesso, mentre quelli della faccia e delle estremità invece subiscono delle contrazioni alternate e incomplete per essere separate da brevi intervalli di riposo.

L'accesso incompleto, detto anche *vertigine epilettica*, è caratterizzato dalla caduta subitanea preceduta da pallore del viso o dalla sua improvvisa congestione e da vertigini, come se l'ammalato fosse assalito da sincope, e non è mai seguito nè accompagnato da movimenti convulsivi.

L'accesso completo può durare pochi minuti o anche un quarto d'ora, l'altro qualche minuto e alcune volte pochi secondi. L'uno e l'altro sono accompagnati dalla perdita della coscienza e dalla sensibilità.

Gli accessi della prima forma, ordinariamente, succedono di raro; quelli della seconda invece molto più frequentemente, e talvolta li vidi presentarsi due o tre volte nel breve tempo della visita medica.

Il grande accesso è sempre seguito in proporzione della sua durata e della intensità da un esaurimento di forze, e quindi dal bisogno d'un sonno riparatore, il quale non sempre è utile per sollevare l'ammalato, e se pure durasse alcune ore non lo conforterebbe sicuramente perchè l'estenuazione delle forze dura sempre due o tre giorni e con essa un certo grado di malinconia e d'indebolimento delle facoltà intellettuali.

La *vertigine epilettica* invece stanca i ragazzi solo allorquando succede troppo spesso, perchè in questi casi, oltre all'esaurimento di forze, aumenta la debolezza nerveomuscolare dei pazienti il digiuno dipendente dall'eccessivamente frequente succedersi degli accessi, che impedisce loro di prendere qualche nutrimento essendo anche brevi gli intervalli frapposti.

Il reperto anatomopatologico di poca importanza che si trova nel cadavere degli individui che soffersero questa malattia, eccitò il genio dei pratici a cercare delle spiegazioni per rischiarare i molti punti oscuri che ancora esistono nella sua patogenesi. Secondo l'opinione d'alcuni la cagione consisterebbe in una ineguale distribuzione di sangue fattasi

improvvisamente fra l'encefalo e il midollo spinale, per cui mentre questo verrebbe congestionato attivamente, gli organi contenuti nella cavità craniana diventerebbero nello stesso tempo anemici. Secondo altri autori, la stessa causa che produce le convulsioni, esercitando la sua attività sul bulbo dell'encefalo, cagionerebbe la contrazione tetanica dei muscoli arteriosi encefalici consecutivamente alla quale avverrebbe la loro anemia. Questa opinione è la più accreditata, appunto perchè più consentanea alle moderne ricerche fisiologiche.

La cura da farsi durante l'accesso consiste semplicemente nel mettere l'ammalato a letto, meglio se ha le sponde alte e soffici, e fare in modo che non possa cadere nè ricevere delle contusioni dai corpi che lo circondano. È assolutamente inutile cercare di fargli violenze per impedire i movimenti convulsivi; anzi vi è chi crede che possano essere dannose aumentando la loro intensità e durata. Se la lingua apparisce fuori della bocca, conviene assolutamente respingerla di nuovo col manico d'un cucchiaio di legno affinchè non venga morsicata. Passato l'accesso si lasci l'ammalato in letto in silenzio e quiete onde conciliare il sonno affinchè possa ristorarsi almeno in parte per i violenti sforzi muscolari che ha subito.

Bisogna fare in seguito un esame minutissimo onde stabilire quale sia la causa della malattia e se essa sia amovibile o no, per essere in grado di regolarsi nella prognosi e sugli avvisi e consigli da darsi ai parenti per l'avvenire.

E anche nei casi in cui fu riconosciuta una causa inamovibile conviene sempre fare una cura opportuna; la quale, non riescendo anche a guarire l'ammalato, renda almeno più rari e meno violenti gli accessi.

La ricerca delle cause deve riferirsi specialmente alle seguenti categorie di fatti:

1° Si deve indagare se il padre o la madre dell'ammalato soffrirono di sifilide alcuni anni prima del matrimonio o dopo di esso, e se questa fu trasmessa al loro figlio e curata regolarmente.

Se egli trovasi affetto da questa o da qualche altra diatesi congenita o malattia costituzionale.

2° Se nell'epoca in cui il medico lo prende in cura soffre qualche malattia acuta o cronica.

3° Si cerchi se sia soggetto a subire frequentemente l'influenza di violenti emozioni morali, come spavento, paura di castighi, trattamenti ruvidi, ecc. Se goda d'un sufficiente numero d'ore di sonno, di ricreazione, e se le occupazioni intellettuali oltrepassano la sua capacità o sono soverchie.

E per gli stessi motivi si indaghi se è affetto da eretismo nervoso congenito o consecutivo.

4° Se la nutrizione data dalla famiglia sia sufficiente e adatta alla sua costituzione ed età, ecc., e se in tutto il resto è anche posto in ottime condizioni igieniche.

5° Si esamini poi il cranio. Si guardi cioè se presenta delle differenze di forma o di volume in eccesso o in difetto e se è simmetrico e regolare: si cerchi se vi sono o vi furono infossature nelle sue ossa, o delle ineguaglianze ai lati delle suture le quali lascino sospettare esservi successa una frattura durante un parto laborioso: se l'ossificazione di tutte le ossa e la chiusura delle fontanelle si fece a tempo o fu prematura o ritardata. E quindi se queste lesioni produssero degli effetti speciali e rimarchevoli sugli organi contenuti nella cavità, ciò che si desume anche dal modo di esplicarsi delle facoltà intellettuali del bambino, relative all'età, e dalla regolarità completa o difettosa di tutte le altre funzioni del sistema nervoso o dipendenti da esso.

6° Se soffrì colpi o cadute sulla testa o nei primi mesi di vita oppure dopo la consolidazione completa del cranio, e se dopo avvennero dei sintomi di commozione o compressione cerebrale.

7° Se soffrì malattie le quali intercettino o alterino in qualche modo più o meno grave la circolazione dell'encefalo, come sarebbero la tosse spasmodica, lo spasmo della glottide, ecc.

8° Si esamini in seguito la colonna vertebrale ed in particolar modo la regione cervicale, per assicurarsi che non vi siano lesioni di sorta, alle quali sono in particolar modo esposti i soggetti scrofolosi e che possono impedire il movimento delle ossa fra di loro, o produrre delle curvature anormali da cui può venire compresso il midollo spinale o leso qualche nervo emanante dal medesimo. Ed infine se vi è qualche osteite o periostite sui corpi delle vertebre o qualche tumore. Se il ragazzo subì colpi, contusioni o battiture sulla colonna vertebrale e di qual natura e violenza siano state.

9° Si esamini anche lo stato generale del povero paziente; lo sviluppo del corpo relativamente all'età; se questo si fece lentamente e in modo graduale oppure rapido, e se si estese non solo agli organi esterni ma eziandio agli interni, e in caso contrario quale di questi funzioni irregolarmente, e se la deficiente funzionalità dipenda dal sistema circolatorio o nervoso.

10° Se vi sono ghiandole linfatiche tumefatte o tumori di natura diversa che comprimano dei nervi o se qualche organo terminale di essi

o qualche tronco sia compreso in una cicatrice o stato tagliato durante una piccola operazione fatta sulla pelle o distrutto da una ulcerazione; se il ragazzo soffrì nevralgie, o ne soffre tuttora.

Queste ed altre osservazioni che il medico crederà opportuno di fare serviranno a stabilire la irremovibilità della causa della malattia o la sua amovibilità e quindi la prognosi.

Non si tema di cadere in esagerazioni nel farle minutissimamente: si pensi che si tratta d'una gravissima malattia, la quale conta un maggior numero di guarigioni nell'età infantile che nell'adulta. Imperocchè quella si presta molto di più alla guarigione delle malattie croniche ed alla cura delle diatesi costituzionali; all'assorbimento degli essudati ed alla eliminazione dei detriti organici che ingombrano i tessuti e delle sostanze aliene all'organismo che vi fossero introdotte.

Inoltre l'organismo infantile subisce maggiormente la influenza dei rimedi di qualunque natura essi siano e si può modificare molto più facilmente di quello degli adulti anche coi soli mezzi igienici, col genere di nutrizione, ecc.

Qualunque sia la causa che produce la malattia, sotto qualsiasi delle due forme si presenti, si cominci a sottoporre l'ammalato alla cura ricostituente nè conviene fidarsi per giudicare della sua robustezza, del grande sviluppo dei suoi muscoli, più grande nei casi in cui le convulsioni si fanno più violenti e più estese e frequenti gli accessi e minore nei casi leggieri.

Se si sospetta che la malattia dipenda da qualche reliquato della sifilide congenita sofferta dall'ammalato si prescriva il sciroppo del Gybert.

Se vi sono essudati lenti ossei o ghiandolari o in organi interni si somministrino i risolventi come l'ioduro di potassio, tintura alcoolica di iodio, acqua salsoiodica di Sales, o di Salsomaggiore.

Se gli accessi sono rari e di poca importanza si può fare per alcuni mesi di seguito la cura con questi rimedii: in caso contrario si somministreranno contemporaneamente quelli indicati dalla malattia.

Fra i rimedi specialmente indicati per curare l'epilessia si annoverano il cloralio idrato, il bromuro di potassio, la belladonna o il suo alcaloide, il nitrato d'argento, l'ossido di zinco, il liquore arsenicale del Fowler, il bromuro di canfora, ecc.

Qualunque sia il rimedio che il medico crede di adottare va usato per alcuni mesi ed anche anni di seguito, aumentandone con cura la dose e non sospendendolo fintanto che gli accessi non siano cessati da parecchi mesi.

Ho già parlato della dose e della somministrazione di alcuni di questi rimedi in un apposito paragrafo per cui nel presente parlo solo degli altri.

Colla belladonna abbiamo avuto dei bambini epilettici guariti nell'Ospizio dell'infanzia abbandonata. La formola della prescrizione fu la seguente:

P. Estratto alcoolico di belladonna
Foglie di belladonna in polvere, anagramma uno
s. f. s. a pillole cento.

La loro età era compresa fra i sei ed i nove anni. Ne somministrammo prima due pillole e poi tre al giorno per molti mesi di seguito, badando però che non succedesse la dilatazione delle pupille, la quale avrebbe necessitato la sospensione o il ritardo della somministrazione della prossima dose del rimedio. Nei bambini in cui facemmo la suddetta prescrizione era stata dapprima sperimentato, ma inutilmente, il bromuro di potassio.

Il nitrato d'argento si può prescrivere nel seguente modo:

P. Nitrato d'argento cristallizzato. centigr. cinque
Acqua distillata . . . . . . grammi cento
(Due o tre cucchiaini al giorno).

Questa formola serve per i bambini di tre anni di vita. Per essi e per le età maggiori si può sempre aumentare il numero dei cucchiaini da prendersi o il numero dei centigrammi sciolti nell'acqua.

L'ossido di zinco si prescrive nel modo seguente:

P. Ossido di zinco . . . . . . grammi uno
Si divida s. a. in quaranta dosi eguali
(Due o tre al giorno, con ostie)

All'età di sei o sette anni. Si può anche aumentare il numero delle dosi giornaliere, occorrendo, secondo l'età o l'effetto sugli accessi e se il rimedio non produce catarro gastroenterico.

P. Ossido di zinco . . . . . . grammi uno
Estratto acquoso di giusquiamo centigr. ottanta
s. f. s. a pillole quaranta
(Due al giorno).

P. Ossido di zinco . . . . . . grammi uno
Estratto acquoso di belladonna. centigr. quindici
s. f. s. a pillole quaranta
(Come sopra).

P. Solfato di chinino . . . . grammi uno
Estratto di giusquiamo . . . centigr. quaranta
Acqua acidulata . . . . . . grammi cento
(Tre cucchiaini al giorno).

Si può anche prescrivere il liquore arsenicale del Fowler come diremo nell'apposito paragrafo.

Dell' Eclampsia. — Questa malattia si manifesta sempre per mezzo di movimenti convulsivi tonici o clonici ora alternativamente per lo stesso gruppo muscolare, ora invece tonici in un sistema e clonici in un altro, e ad essi possono prender parte indistintamente tutti i muscoli della testa, del tronco e delle estremità. Queste convulsioni sono di raro generali in un dato istante e nemmeno quando l'accesso dura molto tempo, ma passano da un gruppo muscolare in un altro vicino o lontano lasciando il primo in quiete o meno agitato, tornandovi di nuovo e così di seguito.

Questi movimenti convulsivi vengono ad accessi come quelli dell'epilessia. La loro durata può essere compresa fra pochi minuti e molte ore. Possono ripetersi frequentemente nello stesso giorno o di raro o lasciar quieto il bambino senza che se ne possa verificare la causa. L'eclampsia può durare un gran numero di giorni o di mesi, e talvolta nemmeno più assalire l'ammalato dopo uno o due accessi e spontaneamente, cioè senza che alcune volte il medico sia sicuro che tale effetto dipenda dalla cura fatta oppure che il rimedio abbia avuto tempo di spiegarlo.

Gli accessi sono sempre accompagnati dall'abolizione delle facoltà intellettuali e non sempre della sensibilità.

Quando si hanno in cura questi bambini il medico deve fare in modo di trovarsi presente all'accesso, durante il quale debbono essere completamente spogliati. Così sarà più facile darsi conto delle conseguenze che talvolta derivano osservando il vario grado d'intensità dei movimenti muscolari, la loro durata ed il numero dei muscoli che vi prendono parte.

In quanto alle cause faccio osservare che può esser cagionata dall'anemia consecutiva a perdite sanguigne di varie sorta, da ritenzione del meconio, da stitichezza, da coliche tanto intestinali quanto dipendenti dal passaggio d'un calcolo lungo un uretere, dalla difficoltà dell'emissione dell'orina, da alterazioni circolatorie cerebro-spinali, emorragie intracraniane, trombosi cerebrale, colpi od urti sulla testa, dalla rottura d'una spina bifida o d'un encefalocele come pure dalla compressione di questi o d'una fontanella; inoltre da molte malattie acute. Le alterazioni che subisce il latte durante la mestruazione o nei primi mesi di gravidanza, o perchè la nutrice non può nutrirsi sufficientemente o introduce troppa quantità di alimenti nel suo corpo e tanto più di vino, ne sono pure cause comunissime. In seguito vi è la dentizione, l'elmintiasi, le scottature, ecc.

Predispongono alla malattia la debolezza congenita, l'eretismo nervoso, l'iperestesia generale accompagnante le febbri o quella consecutiva alle malattie a lungo protratte.

Le sue differenze coll'epilessia sono le seguenti:

1º Le convulsioni dell'eclampsia non si possono mai riferire a un tipo speciale.

2º La maggior parte delle volte cessano col cessare delle cause che le produssero.

3º Possono ripetersi, prodotte da cause di natura diversa e non sempre dalla stessa.

Le convulsioni troppo violenti od eccessivamente frequenti possono cagionare la morte del bambino:

1º Perchè si fanno delle congestioni cerebro-spinali secondarie con trasudazione sierosa prodotta dall'aumentata pressione sui capillari.

2º Per l'esaurimento di forze che ne succede.

3º Perchè ripetendosi frequentemente gli accessi i bambini non possono nutrirsi nè prender sonno.

Le cagioni della morte dipendenti dalle malattie concomitanti furono accennate in ogni paragrafo.

Non parlo della cura della stitichezza, della ritenzione del meconio, della dentizione, nè dell'elmintiasi, ecc., perchè di essa ho già parlato in altrettanti paragrafi.

Se il medico arriva al letto del bambino negli intervalli degli accessi faccia somministrare immediatamente un purgante come olio di ricino o calomelano, onde sbarazzare gli intestini, diminuire il meteorismo e la pressione venosa intestinale e per esercitare un effetto rivulsivo sul cervello e sul midollo spinale. In seguito oltre alle cure della malattia principale si può prescrivere ora il cloralio, ora il bromuro di potassio, ora il succinato d'ammoniaca, ecc.; oppure e meglio assai i bagni tiepidi, come si crederà più opportuno di fare, o richiederanno i sintomi presentati dal bambino negli intervalli liberi.

Se il bambino dopo l'accesso ha la faccia soffusa, la fontanella anteriore è pulsante e tesa, il polso forte e lento ed inoltre vi è vomito, si facciano bagni freddi sulla testa ed essendovi stitichezza si applichino dei clisteri evacuanti dapprima e poscia irritanti per fare una derivazione.

Se invece dopo l'accesso il bambino è pallido, prostrato di forze, il polso debole, la fontanella abbassata, si usino gli eccitanti, i cataplasmi senapati, gli infusi aromatici caldi, ecc..

P. Acqua di menta . . . . grammi cinquanta
Tintura alcoolica di succino . goccie dieci;

oppure

Ammoniaca anisata . . . goccie dieci;

oppure

Tintura di muschio tonquimese goccie dieci
(Da somministrarsi a cucchiaini più o meno frequentemente secondo l'effetto).

Questi rimedi si possono anche somministrare con clisteri in modo che nei due o tre di essi che si applicano lungo le ventiquattro ore si contenga la dose giornaliera dei neonati, che è compresa fra le dodici o le quindici goccie.

L'assafetida è inutile in questi casi; ma occorrendo prescriverla si scelga sempre la tintura, mai l'emulsione col tuorlo di uovo, come si usava anticamente, che non si assorbiva mai ma veniva restituita dopo alcune ore, quando l'ammalato stava meglio.

Dipendendo le convulsioni da congestione cerebrale, oltre ai purganti ed alle applicazioni fredde sulla testa sono utili i bagni tiepidi con senapa nera nello scopo di calmare le scosse muscolari e per dilatare i capillari cutanei, onde produrre una energica ed efficace derivazione sul cervello.

Dipendendo invece da anemia non si fanno le applicazioni fredde sulla testa ma sulla colonna vertebrale e sulle parti inferiori del corpo, onde promuovere l'afflusso di sangue al cervello. Contemporaneamente è indicato e si può somministrare l'infuso d'arnica onde eccitarlo.

Delle altre convulsioni. — Si osservano ancora delle altre convulsioni nei bambini nel decorso di malattie acute o croniche di varia natura. Quelle che succedono in sul principio d'una malattia acuta, sostituiscono il brivido o i brividi iniziali e dipendono dalla penetrazione nel sangue di alcuni prodotti morbosi e sono precedute da una congestione attiva dei centri nervosi e a meno che siano molto violenti o durino eccessivamente non pongono l'organismo in pericolo. Quelle che si osservano nel decorso di una malattia sono evidentemente cagionate dall'esser stati trattenuti dal sangue, perchè non eliminati, dei prodotti morbosi che hanno avvelenato i centri nervosi e di questi fatti abbiamo esempi frequenti nelle convulsioni che avvengono in alcune malattie dell'apparato respiratorio durante le quali l'acido carbonico accumulato eccessivamente nei tessuti non potè, almeno in parte, venire eliminato. Ed in questi casi sono accompagnate da cianosi, e sono sempre gravi.

In generale quelle che succedono verso il finire di qualunque malattia hanno le stesse cause dette di sopra, oppure dipendono da congestioni o da stasi viscerali consecutive alla debolezza cardiaca e sono sempre di cattivo presagio.

Le prime non si curano ordinariamente perchè di raro sono violenti o si prolungano eccessivamente, ed in questo caso i bagni tiepidi ad una temperatura regolata dalla intensità della febbre sono molto utili. Altrimenti si somministra il cloralio, il bromuro di potassio, ecc.

Le altre convulsioni vanno curate cogli eccitanti del cuore e del sistema nervoso e colla cura adatta delle malattie concomitanti. Degli uni e degli altri ho già parlato più volte altrove.

Si osservano poi nei bambini delle altre convulsioni che non sono accompagnate nè prodotte da lesione materiale alcuna verificabile col minuto esame clinico di tutti gli organi e delle loro funzioni. Queste non si possono riferire ad un tipo speciale nè essere classificate come facemmo or ora per quelle che avvengono in sul principio, sul decorso o in sul finire di una malattia, quantunque non si possa negare che il bambino che di quando in quando le soffre non abbia il sistema nervoso predisposto fin dalla nascita alle medesime, appunto perchè la causa che le produce, che tutti ammettiamo anche senza conoscere, è così piccola da sfuggire all'indagine clinica.

Finora queste furono credute dipendere esclusivamente e direttamente dal sistema nervoso per eccesso o per difetto di conducibilità dei tronchi la cui funzione è di trasmettere le impressioni sensitive ai centri, e degli altri che debbono portare l'eccitamento motorio alla periferia, o perchè i centri nervosi speciali che debbono, per così dire, esprimere con un dato movimento muscolare una certa sensazione che hanno ricevuto, obbediscono o troppo rapidamente o con eccessiva energia o per mezzo di sistemi muscolari diversi da quello che sarebbe richiesto, per cui l'effetto ottenuto è per nulla proporzionale e consenziente all'importanza o alla direzione della causa.

Anch'io curando alcune volte queste convulsioni e vedendo il bambino soffrire di catarro enterico, credetti dapprima in buona fede che questo fosse la causa del processo morboso che ero chiamato a curare, ma pur troppo vidi che queste persistettero dopo la guarigione del medesimo, se pure per le relazioni dei parenti non erano diventate più violenti, forse perchè la cessazione della diarrea aveva alterato in un modo speciale e diverso la circolazione intracraniana, per cui fu variato il grado di funzionalità dei nuclei speciali che costituiscono colla loro riunione i centri nervosi.

S'intende che la cura di queste convulsioni va diretta essenzialmente al sistema nervoso e fatta coi rimedi che ad esso in modo speciale dirigono la loro azione e dei quali essendosi detto molto nei paragrafi antecedenti, interesso la cortesia del benigno lettore a rileggerli.

Della Corea dei bambini. — Questa malattia è caratterizzata da un disordinato eccitamento motorio, per cui i pazienti compiono movimenti non dipendenti dalla volontà e senza motivo alcuno, i quali sono di disturbo più o meno grave ai movimenti volontari fino al punto che possono essere impediti, alterati o esagerati.

I bambini affetti da questa malattia sono affetti da eretismo nervoso congenito o acquisito e ordinariamente gracili, di costituzione nervosa, molto impressionabili; per cui subiscono facilmente l'influenza delle emozioni fisiche e morali. Oppure furono indeboliti da lunghe ed esaurienti malattie dalle quali durarono fatica a rimettersi. Soffrono per cause di poca entità delle nevralgie, dei reumatismi, ecc.

Questi movimenti volontari che si compiono sempre colla piena coscienza dell'ammalato allorquando è sveglio e che talvolta gl'interrompono il sonno, si osservano più frequentemente nelle parti superiori del corpo che nelle inferiori e sono favoriti dal rivolgere del pensiero che fa l'ammalato su di se stesso negli intervalli di calma, dall'attenzione che le persone che si interessano per lui dirigono all'indisposizione che soffre e dalle parole di compassione o di rimprovero che di quando in quando sente a pronunziare.

I numerosi casi che finora osservai non furono mai gravi, ma guarirono quasi tutti e si manifestarono con movimenti rapidi, regolari e disordinati delle mani o delle braccia, coi quali si trasmetteva ora la flessione, ora l'estensione, oppure la rotazione che portava il membro nella pronazione o nella supinazione. Altre volte una spalla si sollevava con forza in modo da avvicinarsi alla testa mentre questa si abbassava verso la medesima quasi di mutuo accordo. Oppure i muscoli zigomatici di una o di tutte e due le parti attraevano verso di sè alternativamente le commessure labbiali, mentre nello stesso tempo si chiudeva l'occhio e s'abbassava il sopracciglio dalla stessa parte del muscolo zigomatico contratto.

In alcuni ragazzi questi disordinati movimenti invadono soltanto le sopracciglia che di quando in quando e senza causa alcuna apparente, o se è un pochino alterata la salute, oppure il nostro ammalato si trova davanti a persone che gli ispirano soggezione, sono animate da rapidi e concordi movimenti di innalzamento e di abbassamento ai quali prendono anche parte in alcuni casi le palpebre superiori.

Questa malattia si può anche contrarre per mezzo dell'imitazione, cioè osservando ragazzi che ne sono affetti. Alcuni movimenti della faccia, quando la malattia stette localizzata in una data regione e per molto tempo, si ripetono talora dagli adulti in date circostanze in cui per qualche causa speciale fu scosso anche leggiermente il loro sistema nervoso. Le forme gravi descritte per gli adulti sono assai rare nei bambini.

La sua gravità dipende dal numero dei muscoli interessati nei movimenti e dalla durata di questi. Così la corea che disturba il sonno dei pazienti li conduce presto a morte per marasmo o inanizione.

Il medico deve sempre rivolgere la sua attenzione, curando questi ammalati, ai mezzi ricostituenti prima che ai rimedi propriamente detti, onde tentare di indurre delle modificazioni profonde sulla funzionalità del sistema nervoso.

E questo è tanto più necessario se i bambini sono convalescenti, anemici, denutriti, e fra gli alimenti si scelgano, essendo possibile secondo lo stato della mucosa gastrointestinale e la costituzione dell'individuo, quelli che non eccitano le funzioni del sistema nervoso per cui senza togliere la carne dal loro vitto, e le uova e il vino, si concederanno gli amilacei, l'olio di merluzzo, il fosfato di calce, ecc.

Non vanno mandati alla scuola fintantochè siasi opportunamente modificata la loro costituzione e guarita la malattia.

Si obbligheranno a compiere degli esercizi muscolari, ora con lunghe passeggiate, ora col nuoto, ora colla ginnastica; così impareranno per tempo a far uso dell'impero della loro volontà per regolare i movimenti muscolari e adattarli alla soddisfazione dei bisogni della vita.

In quanto all'influenza da esercitarsi sulla loro costituzione dai bagni di mare, osservo come sono indicati solo tutte le volte che la nutrizione è torpida, il movimento chimico molecolare dell'organismo lento, ecc.

Si curi eziandio la diatesi costituzionale e nella ricerca delle cause si indaghi se vi furono dei precedenti sifilitici.

Su questo proposito non posso tralasciare di parlare d'un ragazzo che per alcuni mesi avemmo in cura nell' Ospizio dell'infanzia abbandonata affetto da corea, il quale soffrì di sifilide congenita nei primi mesi di vita, che venne curato prima con frizioni mercuriali, poi collo sciroppo di Gybert.

Ne guarì e fu mandato in campagna. Tornò verso il principio dell'anno 1886. Era piccolo di statura relativamente all'età; le sue estremità inferiori poco sviluppate, il ventre tumido, la testa voluminosa, il cranio rachitico, lo sguardo fisso e quasi da idiota, stava sempre solitario.

Pare che la causa occasionale della malattia fosse stata un continuo

spavento del bambino per essere il suo padre putativo seppellitore, il quale portava a casa qualche volta dei cranii tolti dagli scheletri dissotterrati.

I movimenti coreici si riproducevano al solo nominare il seppellitore che l'aveva tenuto in casa sua per parecchi mesi in un paesello vicino a Torino, ed erano generali.

Fu sottoposto ad una cura ricostituente ed in seguito ai suoi precedenti sifilitici risultanti dalla sua storia anamnestica semota, registrata come usiamo fare nell'Ospizio per tutti i bambini ammalati, anche a quella del sciroppo di Gybert.

Dopo un mese cominciarono a diminuire i disordinati movimenti delle estremità superiori ed acquistarono maggior forza e sviluppo le inferiori; da solitario e malinconico siccome era sempre, diventò più famigliare e amico degli altri ragazzi; cominciò ad essere più allegro ed a rispondere quando gli si dirigeva la parola, mentre prima guardava con aria paurosa e stupida. Tre mesi dopo il miglioramento era così grande che sospendevamo l'uso del rimedio per sostituirvi quello della polvere zootrofica del Polli, mentre si continuava la cura ricostituente. Dopo fu mandato in campagna.

Se i movimenti coreici si fanno solo di giorno e sono compatibili per la loro poca violenza, colla necessità che sentono i ragazzi di divertirsi continuamente, si badi solo allo stato generale. In caso contrario, si può dare il cloralio, il bromuro di potassio, ha minor fiducia l'ossido di zinco. Il liquore arsenicale del Fowler nei ragazzi di tempera nervosa, lunghi, magri, dalle facoltà intellettuali ben sviluppate, occhi vivaci, ecc., diede non di raro favorevoli risultati.

In quanto alla formola di questi rimedi ed al modo della loro somministrazione dissi già in altri paragrafi, ai quali rimando il lettore per non fare inutili ripetizioni.

La cura idroterapica dà eziandio ottimi risultati, non solo come mezzo tonico generale, ma eziandio come mezzo diretto a correggere le malattie nervose dei bambini.

E in questi casi si eseguirebbe per mezzo di spugnature lungo la colonna vertebrale, o con doccie fredde circolari ripetute frequentemente ma di corta durata.

Non ho mai trovato utilità dall'uso delle polverizzazioni di etere o di cloroformio fatte da alcuni colleghi lungo la colonna vertebrale.

CAPITOLO XIV.

Della Congestione cerebrale — Della Meningite cerebrale acuta — Dell'Apoplessia cerebrale — Della Trombosi encefalica — Della Sinostosi craniana — Della Microcefalia — Della cura di queste malattie.

Della Congestione cerebrale. — Questa malattia è assai rara nei bambini di qualunque età, quantunque tutti indistintamente possano esserne colpiti. È preceduta come negli adulti dalla stitichezza, dal vomito e dal polso tardo, ed allorquando il quadro morboso è completo si riconosce dalla sonnolenza quasi continua e interrotta solo di quando in quando da brevi intervalli nei quali il bambino apre gli occhi e fa qualche movimento; dal rilasciamento muscolare generale, per cui se è tenuto al braccio lascia cadere il capo sul petto della nutrice, e se sul letto su di un lato sul quale lo lascia di nuovo cadere se viene rimosso. Col movimento è anche abolita la sensibilità in parte o completamente secondo la gravità del caso.

La faccia è quasi sempre pallida, può essere soffusa però o possedere il suo color naturale, gli occhi sono semichiusi ed i lineamenti rilasciati. In questo frattempo non vengono emesse le materie fecali, ma solo le orine in iscarsa quantità.

Le fontanelle craniane sono tese, spinte in fuori e pulsano più fortemente del normale, quantunque sia assai limitato il movimento d'innalzamento e di abbassamento a norma dei moti respiratorii che durante questa malattia sono sempre superficiali e rari, e solo di quando in quando interrotti da profondi sospiri.

Nei lattanti, in cui lo sviluppo della porzione superiore delle ossa craniane è deficiente, vi è pure un leggiero divaricamento dei loro bordi. E questo, unitamente allo stato delle membrane che li uniscono, indica con sicurezza l'aumento del loro contenuto. Di mano in mano che si avvicina il termine della malattia si presentano invece sempre più rilasciate e pulsano debolmente, la qual cosa indica una gran debolezza cardiopolmonare dipendente dalla soppressione delle funzioni nutritive in rapporto della quale si mostra il bambino, il cui sistema nervoso muscolare appare ancora per alcuni giorni debole. Cessa però la sonno-

lenza ma per questi motivi continua la stitichezza e la scarsità delle orine. Talvolta si osserva perfino un abbassamento di temperatura. E fintantochè la guarigione non sia completa, cioè ben ristabilite le funzioni nutritive e la circolatoria, le fontanelle rimarranno incavate verso l'interno del cranio e saranno avvicinati più del normale i bordi delle ossa craniane ancor liberi.

I sintomi irritativi passano quasi inosservati, per la loro poca durata e per la poca osservazione che vi fanno le famiglie, e sono comuni ai bambini di tutte le età; si manifestano con agitazione, scosse convulsive di poca durata, e leggieri spasmi muscolari, vomiti, inappetenza, insonnia, contrazione delle pupille. La stitichezza che si osserva talvolta per tutta la durata della malattia ha un'origine nervosa in sul principio, dopo dipende anche dalla scarsità degli alimenti assunti.

La grande influenza che esercita la funzione respiratoria sulla circolazione encefalica ci spiega il motivo per cui essendo inceppata per l'accumulamento di grandi quantità di muco nei bronchi, o di gas o altre sostanze negli intestini, oppure venendo compressa la trachea, i bronchi o qualche vena del collo da tumori possa succedere la congestione degli organi contenuti nella cavità craniana. Analogamente ai violenti sforzi di tosse preceduti da una profonda inspirazione come nella tosse spasmodica o nello spasmo della glottide, nella stenosi della laringe e così di seguito, in circostanze analoghe.

La congestione encefalica può anche avvenire nel decorso di una grave scottatura sia per reazione riflessa vasomotoria, sia per gli atroci dolori sofferti dal bambino.

Le eccessive occupazioni intellettuali, come i patemi d'animo d'una lunga durata che tengono un ragazzo continuamente soprapensieri, sono anche capaci di produrre questa malattia.

Altre cause che talvolta si possono verificare sono la insolazione; poscia fra quelle che la occasionano, data la predisposizione, vi è la dentizione, la verminazione, una indigestione ed infine certe malattie febbrili di poca importanza.

La cura si fa tenendo assolutamente a letto l'ammalato in un'atmosfera fresca, sfasciato e libero il più che è possibile da qualunque impiccio alla libera circolazione, colle spalle un po' rialzate e in una località a finestre semichiuse e lungi dai rumori e al sicuro dalle scosse che, senza pur avvedersene, le stesse persone incaricate della sorveglianza del bambino possono comunicare al suo corpo o al letto.

Sulla testa, che nei casi gravi deve essere rasa, bisogna tenere fino

al miglioramento delle pezzuole intrise d'acqua fredda e rinnovate spesso, oppure una vescica piena d'acqua fredda o di ghiaccio. Per fare una derivazione e vuotare gli intestini e curare la stitichezza va somministrato immediatamente un purgante; nei lattanti di alcuni mesi, di olio di ricino alla dose d'un cucchiaino da caffè, di un mezzo cucchiaino agli altri inferiori d'età. Ai più grandicelli due o tre cucchiai d'acqua di Janos o di limonata citromagnesiaca.

Se il vomito si oppone alla tenuta della medicina si applichino in sua vece dei clisteri irritanti contenenti cloruro di sodio, solfato di soda, solfato di magnesia, olio di ricino e acqua a parti eguali, oppure acqua e aceto anche a parti eguali.

Se i sintomi di adinamia e di collasso intervenissero, come non di raro succede in sul finire della malattia, conviene applicare immediatamente dei larghi cataplasmi senapati sul petto e somministrare internamente qualche mistura eccitante, come:

P.	Acqua di menta o di anice .	grammi	cento
	Elisir anodino Hofman .	goccie	cinque, dieci, venti
oppure:	Tintura di muschio tonquimese	»	cinque, dieci, venti
	(A cucchiaini).		
P.	Acqua di melissa . . .	grammi	cento
	Tint. alcoolica di cannella.	»	da uno a cinque
	Sciroppo comune . . .	»	quindici
	(A cucchiaini).		

Se le convulsioni continuano a verificarsi dopo qualche giorno di malattia e con insolita violenza, i bagni tiepidi a 34° C. senapati e prolungati secondo il bisogno sono assai più utili del cloralio e del bromuro di potassio, attesochè dilatando i capillari cutanei esercitano una potente derivazione sull'encefalo, ed è utile farli tenendo il capo del bambino coperto da un involucro freddo.

Nei bambini già avanzati negli anni la cura rivulsiva sugli intestini si può e si deve fare più energicamente usando grandi dosi di olio di ricino, di gialappa o la scammonea da sola o il calomelano.

Per ulteriori ragguagli prego il lettore di ricorrere al paragrafo della eclampsia e dei purganti.

Una delle cause efficienti, se non in tutti i casi almeno in alcuni, della congestione cerebrale, secondo la mia debole opinione, mi pare che vada ricercata nella mancanza di regolarità e di consentaneità fra le funzioni del cuore e la respirazione. Difatti fin dal momento in cui il medico dai sintomi che ha sotto gli occhi vede formarsi il quadro della

congestione cerebrale, il cuore funziona regolarmente, per cui mantenendosi rari gli atti sistolici si spinge dai medesimi una massima ondata dal ventricolo sinistro nell'aorta, mentre la respirazione si fa superficiale e lenta ed è interrotta solo di quando in quando da sospiri più o meno profondi, per cui il richiamo del sangue dalla cavità craniana non si fa coll'energia pari a quella con cui è spinto. Ne risulta quindi la congestione agli organi encefalici, e massimamente negli emisferi il cui tessuto è più rilasciato, minore negli altri organi della base e della corteccia perchè più compatti. In seguito la mancante assunzione di alimenti e l'indebolimento che ne segue si estende anche al cuore, per cui aumenta l'intensità della congestione intracraniana e la stasi capillare, perchè tutto il contenuto sanguigno viene mosso da una ondata piccola e poco energica, mentre ne esce un'altra anche piccola sollecitata da forze che vanno del pari indebolendosi.

Un'altra causa è riposta nella diminuita quantità del liquido encefalo rachidiano consecutivamente alla quale gli emisferi cerebrali, resi turgidi dalle successive ondate sanguigne, si mantengono tali per occupare il posto abbandonato dal suddetto fino alla sua nuova riproduzione completa. Questa forma di congestione cerebrale avviene quando il ragazzo fu esposto per lungo tempo ad un calore eccessivo in cui i liquidi del corpo furono sottoposti ad una grande evaporazione che non venne compensata da corrispondenti introduzioni di sostanze acquose.

Questa forma è sempre grave, non è mai accompagnata dal vomito nè da polso forte e raro. L'ammalato quando ne è colpito cade a terra improvvisamente e rimane soporoso fino al termine della malattia con polso piccolo e debole del pari che l'evoluzione cardiaca.

Della Meningite cerebrale acuta. — Allorquando si hanno quotidianamente dei bambini sotto la propria osservazione, non di raro si può osservare il periodo prodromico di questa malattia, il quale è annunziato da violenti dolori al capo che possiamo chiamare nevralgici per essere alternati da periodi di calma assoluta o di diminuzione e per le regioni su cui li accusano i bambini che già sanno parlare. Qualche tempo dopo essi lagnansi di vertigini intercorrenti pur esse ma di una minore durata, e con esse viene poi il vomito, il quale però, sebbene si osservi in tutti i bambini, non si presenta con eguale frequenza.

Altri segni prodromici sono l'agitazione, l'irrequietudine, l'insonnia, la mancanza d'appetito, la stitichezza. I più avanzati d'età diventano indocili, capricciosi, bisbetici e dimostrano ripugnanza anche per le loro occupazioni più favorite.

La durata di questo periodo è varia, nè i suddetti fenomeni si dimostrano, in tutti i casi osservati, coll'eguale intensità, per cui allorquando non sono caratteristici nè si prolungano molto tempo in modo da attirare l'attenzione dei genitori, pare che la malattia assalisca il bambino improvvisamente col primo brivido o coi primi accessi di convulsioni con cui ordinariamente incomincia.

Allora acquistano un più alto grado d'intensità alcuni dei sintomi già citati, fra i quali va ricordata la cefalalgia che ora non è più limitata a singoli distretti nervosi, ma invade tutta la superficie craniana ed è assai violenta e si esacerba ogni volta che la respirazione è più profonda, si comunica qualche movimento al suo letto, o si fa qualche rumore, ecc. Ma non sempre quando questo succede il bambino fa sentire il così detto grido idrocefalico, ma invece la maggior parte delle volte subisce un violento sussulto generale, per cui gli si corrugano fortemente le sopracciglia e aumentano d'intensità le scosse convulsive. L'irrequietezza primitiva, come si vede, è seguita dall'iperestesia generale, e contemporaneamente avviene anche il delirio il quale però non è continuo nè duraturo e si osserva quasi sempre di notte, nè a produrlo entra in causa l'alto grado di febbre, perchè si osserva anche nei casi in cui questa non è molto elevata e negli intervalli nei quali subì una notevole diminuzione. Unitamente al delirio vi sono delle illusioni o delle allucinazioni ottiche od acustiche.

Le convulsioni sono un fatto costante nella meningite, nel senso che si osservano in tutti i casi quantunque con intensità diversa. Ed in alcuni altri osservai come la frequenza, la durata ed il numero dei muscoli che entravano in azione, andavano per così dire di pari colla elevata temperatura, non già perchè io creda che le prime siano gli effetti delle variazioni della seconda, ma bensì perchè un più alto grado di febbre indica una maggiore gravità e diffusione del processo morboso.

Le convulsioni sono favorite dall'iperestesia generale e accresciute o cagionate direttamente da toccamenti anche fatti con garbo esercitati sul corpo del bambino, da rumori, da una luce assai viva posta improvvisamente davanti agli occhi, dall'esplorazione delle fontanelle, dall'esame del ventre, ecc.

Manca di raro la contrattura dei muscoli della nuca. Anzi in un caso che curai nello scorso mese fu l'unico fenomeno che rimase dopo che erano cessate le convulsioni generali, la sonnolenza, il delirio, ecc. Però l'ammalato nato debole, continuamente malaticcio, di costituzione gracile morì poscia di broncopolmonite. Non vi è sempre la contrazione dei

flessori dell'avambraccio e della gamba. Inoltre i moti convulsivi possono anche invadere i muscoli masticatori per cui i due mascellari sono fortemente attratti l'uno sull'altro, oppure vi è lo scricchiolio dei denti, e anche dei movimenti alternati di elevazione o di abbassamento del mascellare inferiore, accompagnati alcune volte da quelli della lingua che ora sporge ora rientra nella cavità boccale, per tacere degli altri movimenti che possono estendersi anche a tutti i muscoli della faccia. E se a questi uniamo quelli dei bulbi oculari, che sono i più irregolari di tutti, avremo il quadro che talvolta ha sotto gli occhi il medico il quale assiste un bambino affetto da meningite cerebrale.

Però non sempre le convulsioni delle estremità sono toniche, anzi mi pare che assai più frequentemente siano cloniche, sia che le une siano sostituite dalle altre, sia che queste siano tali fin dal principio della malattia.

Ai fenomeni che si osservano durante questo periodo conviene aggiungere la contrazione delle pupille e nei lattanti la sporgenza delle fontanelle, la loro maggior tensione, la pulsazione più marcata dipendente dai battiti cardiaci e il sollevamento e l'abbassamento minori del normale perchè sono connessi alla funzione respiratoria la quale, oltre d'essere frequente secondo l'altezza della temperatura febbrile, è ancora superficiale e si compie quasi sempre secondo il tipo toracico superiore ed è interrotta di quando in quando da profondi sospiri.

Il battito cardiaco e il polso in sul principio della malattia sono più forti del normale, ciò che è anche indicato dalla pulsazione delle fontanelle la cui energia va di pari passo, e diminuendo di mano in mano finchè la debolezza circolatoria prende il sopravvento.

Il vomito non è sempre il fedele compagno degli altri sintomi che costituiscono il primo periodo, ma talora cessa fin dal principio. Lo stesso si dica della stitichezza che osservai la maggior parte delle volte solamente nei casi gravi e di lunga durata e che nei ragazzi d'alcuni anni è sempre accompagnata dalla escavazione della regione addominale anteriore.

Questa escavazione è sempre più piccola nella meningite complicata dalla diarrea anche leggiera perchè in questo caso il meteorismo che l'accompagna si oppone in parte alla sua formazione.

La causa della depressione concava presentata dalle pareti addominali io la credo dipendente dalla sospensione della funzione degli organi digerenti per cui avviene in principio la contrazione tonica delle fibre muscolari del tenue che si vuota spingendo il contenuto nel crasso, dalla qual cosa succede la diminuzione del suo volume mentre nello stesso tempo incomincia a prodursi la paralisi, poscia il rilasciamento consecutivo del

diaframma e degli altri muscoli della regione addominale. (Vedi la paralisi del diaframma).

L'insufficienza di questi muscoli e specialmente del primo è indicata ancora dal tipo respiratorio che come si è detto è il toracico superiore, compiuto cioè solamente nel nostro caso mediante i muscoli del torace e del collo essendovi l'immobilità quasi assoluta della regione dell'addome durante la respirazione.

Questa escavazione, secondo le mie osservazioni, talvolta è preceduta da meteorismo più o meno caratterizzato, talvolta da una leggiera diarrea e da dolori alla regione iliaca sinistra e dal gorgoglio che in questi casi si deve sempre sentire. E va sempre più accentuandosi di mano in mano che la malattia fa progressi mentre nello stesso tempo il pannicolo adiposo va assottigliandosi gradatamente, la pelle si modella sulle anse intestinali contratte e attraverso di essa si possono anche vedere e palpare coll'esame manuale.

La febbre, sebbene sia classificata come una remittente continua, tuttavia non è regolare nel senso che non ha lo stesso grado in tutti gli ammalati e nemmeno nei due periodi della malattia, nè giornalmente.

In alcuni casi è molto alta nel primo periodo e va diminuendo nel secondo e di mano in mano che si avvicina l'esito letale il quale in alcuni bambini è annunziato da un rapido aumento il quale può raggiungere, secondo alcune mie osservazioni, i 42° C. Altre volte invece si conserva assai mite per tutto il decorso e vi sono giorni in cui non raggiunge i 38°.

Da queste e da altre analoghe osservazioni risulta quindi che non è caratteristica.

Il secondo periodo è caratterizzato dai sintomi di depressione o di paralisi nel quale vanno via via cessando le contratture e le convulsioni per dar luogo al rilasciamento ed alla paralisi di alcuni muscoli o gruppi muscolari. Cessa il delirio e l'iperestesia generale ed aumenta invece la sonnolenza e la prostrazione delle forze. Vi è inoltre la paralisi degli sfinteri, la dilatazione delle pupille e l'indebolimento generale della circolazione verificabile coll'esame del cuore e del polso.

La morte, colla quale termina quasi sempre questa malattia, è annunziata da un accesso convulsivo di varia durata e succede a cagione dell'asfissia o dell'altezza della febbre o per l'esaurimento di forze dipendente dalle continue convulsioni, tanto più se avevano invaso un esteso numero di gruppi muscolari, oppure è causata dalle malattie concomitanti come sarebbero una broncopolmonite molto estesa o la polmonite crupale degli apici.

Talvolta è anche preceduta dal frequente cangiarsi di pallido in rosso del volto degl'infermi, dal farsi eccessivamente lento o troppo rapido il polso.

La meningite semplice è quella che ha i periodi più ben determinati ed è accompagnata da una febbre più alta la quale invade d'improvviso l'ammalato durante il periodo prodromico e raggiunge un elevato grado anche poche ore dopo il brivido e le convulsioni iniziali. E gli spasmi muscolari che seguono il decorso di questa forma di meningite sono eziandio più violenti e continui.

La meningite tubercolare avviene quasi sempre in modo subdolo e con febbre mite ed è preceduta da sintomi i quali ci rivelano delle malattie dell'apparecchio respiratorio o intestinale e la sua durata è più lunga forse perchè l'organismo viene meno esaurito dalla febbre ed è minore la violenza delle convulsioni.

Ma anche la meningite semplice si osserva di raro, ad eccezione delle volte in cui è epidemica, nei bambini assolutamente sani e robusti ma che ordinariamente sono affetti da qualche diatesi congenita o acquisita o furono soggetti ad una nutrizione la quale sotto molti rapporti lasciava assai da desiderare fin dai primi tempi di vita.

Potei constatare alcune volte come causa predisponente anche la consanguineità dei coniugi e una grande differenza fra la loro età. Ed altre volte l'osservai in bambini il cui padre aveva sofferto la sifilide alcuni anni prima del matrimonio.

Mancano però ancora delle altre osservazioni perchè possiamo dare del peso alle mie, sebbene io continui sempre a farle e ad ampliarle.

Come cause occasionali vanno citati i raffreddamenti, l'insolazione, le contusioni delle ossa del cranio o delle fontanelle, i colpi, le cadute, ecc.

Può complicare come malattia secondaria la risipola della testa, l'otite media o l'intensa, la carie d'un osso del cranio. Può anche avvenire nel decorso d'una febbre tifoidea, d'una polmonite crupale, della scarlattina e della difterite. Nei ragazzi più avanzati in età può essere cagionata da esagerate o premature fatiche mentali.

Questa malattia è sempre mortale. Ciò non ostante il medico deve sempre occuparsene diligentemente non fosse per altro che per dar sollievo alle sofferenze dell'infermo.

Alcuni classici indicano come *metodo antiflogistico* le sanguisughe da applicarsi alle apofisi mastoidee o alle pinne nasali. Io per esperienza propria dissuado i miei colleghi dall'usare questo metodo di cura che dichiaro altamente dannoso agli ammalati di pochi anni di vita, l'organismo dei quali sopporta assai male le cavate di sangue.

Sono quasi più disposto a credere che gli autori i quali propongono tale cura *antiflogistica* non osino metterla essi stessi in pratica per i loro ammalati.

Per cominciare la cura si radano i capelli dell'ammalato se sono folti e si applichino sul capo delle pezzuole bagnate d'acqua ghiacciata rinnovate spesso, oppure una larghissima vescica di ghiaccio che circondi il cranio interamente. Meglio sarebbe un berretto a corrente acquea continua.

Gli ammalati debbono essere tenuti nella calma più completa, lungi da ogni rumore, da ogni agitazione, in un ambiente fresco e con poca luce. Fin dal principio della malattia sono indicati i purganti. Fra di essi si scelga il calomelano, la radice di gialappa, l'olio di ricino di cui nell'apposito paragrafo è data la dose proporzionale all'età, che però si può oltrepassare curando la meningite se la stitichezza è ostinata, per gli effetti che producono su di altri organi.

Ma se il vomito si opponesse alla tenuta ed all'effetto di questi rimedi, si applichino dei clisteri con soluzione satura di cloruro di sodio o di solfato di magnesia o d'acqua e aceto o d'olio di ricino e acqua d'anice a parti eguali. Si diano inoltre all'ammalato delle pillole di ghiaccio.

Una delle indicazioni urgenti è il diminuire la temperatura e l'altra è il sostenere le forze dell'ammalato.

Curando la febbre coi chinoidei si diminuisce la cefalalgia che molto tormenta l'ammalato, si impediscono o si ritardano i processi di metamorfosi retrograda, si sostiene la tonicità del sistema nervoso e la forza del cuore.

In quanto alla dose ed al modo di somministrare i febbrifughi è detto abbastanza nel paragrafo apposito, al quale mando il gentile lettore.

Se i fenomeni adinamici predominassero nel decorso della malattia si può far sciogliere il bisolfato di chinino nell'acqua alla quale si aggiunge, onde ottenere un effetto eccitante, una parte eguale o un terzo o una metà di tintura vinosa d'Huxam o di elisir di china, oppure aggiungendo, come già si disse altrove, alcune goccie di tintura di muschio tonquimese alla soluzione o di elisir anodino Hofman. Si possono anche somministrare gli eccitanti nominati di sopra da soli, a meno che si preferisca farli sciogliere nel vino o nel decotto di china.

Queste soluzioni di chinino eccitanti sono specialmente utili nell'ultimo periodo della meningite nel quale predominano i sintomi di depressione, e fino ad un certo punto servono a ritardare gli effetti della loro comparsa.

Allora si applicheranno eziandio dei cataplasmi senapati sul petto e sulle estremità inferiori dove si manterranno a lungo anche nel caso in cui intervenisse ancora qualche movimento convulsivo.

Non ho mai parlato delle bevande temperanti che servono a diminuire la temperatura e il soverchio ardore della bocca e delle fauci del bambino perchè sono prescrizioni comuni sempre eseguite dalla famiglia senza il bisogno d'un ordine speciale del medico.

È inutile l'uso della mosche di Milano applicate alle apofisi mastoidee, o dei vescicanti alla nuca o sulle braccia o sulle estremità inferiori. Alcune volte l'ammalato muore prima del loro effetto vescicatorio. Ma facendosi anche prima il cervello se ne risentirebbe niente, ma sempre di più se si usano i senapismi.

Le cure tanto decantate da alcuni classici col ioduro di potassio, che io abbia veduto, non hanno mai avuto più delle altre effetto brillante.

L'uso dell'oppio e della morfina onde calmare le convulsioni non va consigliato. Giacchè nemmeno con questi rimedi si cura la malattia e si guarisce, e si corre invece il pericolo di aumentare la depressione delle forze, la debolezza circolatoria, la congestione craniana per cui sono altamente dannosi.

La meningite tubercolare va curata cogli stessi presidii terapeutici coi quali si ottengono pure gli stessi risultati.

Del reperto anatomopatologico della meningite tubercolare e della semplice si dirà nel paragrafo della tubercolosi.

Dell'Apoplessia cerebrale. — I vasi capillari dell'encefalo dei bambini sono dilatabilissimi, più di quelli degli adulti, per cui possono sopportare delle pressioni sanguigne veramente eccessive senza che avvenga la loro rottura. La stessa struttura del tessuto nel quale circolano, favorisce la loro dilatazione poichè colla sua mollezza meno che gelatinosa offre alle loro pareti nessuna resistenza quando vanno dilatandosi. Ed i fasci di fibre che riuniscono i ganglii fra di loro e colla parte corticale, per questo motivo possono essere attraversati da vasi saguigni molto dilatati senza subire compressioni, stiramenti e meno ancora delle rotture e tutto l'organo può venire imbevuto dalla sierosità del sangue la quale attraversa le pareti dei capillari dilatati assai più facilmente che negli adulti nei quali il tessuto è assai più compatto, per cui fino ad un certo punto si oppone alla rottura dei capillari.

Il divaricamento che subiscono i bordi superiori delle ossa craniane e l'inarcamento delle membrane che chiudono le fontanelle, favorisce ancora, ma non oltre il limite della loro elasticità, l'espansione degli emisferi

cerebrali e quindi permette anche una maggiore dilatazione dei vasi capillari. E questa disposizione delle ossa serve ad ovviare in parte alla mancanza di elasticità delle loro pareti per la quale non ripiglierebbero il calibro primitivo.

Abbiamo una evidentissima prova della grande dilatazione che possono subire i vasi encefalici dei bambini nel fatto della congestione che avviene talvolta durante il pianto dirotto od il riso sfrenato nel quale essi trattengono con forza il respiro per alcuni minuti secondi mentre il cuore batte con forza e l'inspirazione toracica a lungo mantenuta impedisce il ritorno del sangue dai vasi craniani. Allora la faccia si fa soffusa, il polso batte con forza, le vene del collo diventano turgide. Lo stesso si dica per tutti quegli stati nei quali le condizioni sono identiche, i quali si ripetono frequentemente senza che ne sia la conseguenza qualche sintomo di focolaio il quale indichi uno spandimento sanguigno encefalico.

Dalle quali considerazioni risulta come non basti l'aumentata pressione sanguigna nei capillari perchè abbia luogo la malattia di cui si parla, ma occorre eziandio una speciale fragilità delle loro pareti. Anzi l'osservazione quotidiana ci mette in caso di verificare come l'apoplessia avvenga ben di raro dopo i fenomeni che producono questi effetti meccanicamente; e questi poi sono assai più intensi nei bambini robusti a cagione della loro irrequietezza che negli altri. Per cui la rottura che avviene durante un aumento di pressione si estenderà nello stesso tempo ad un gran numero di capillari denutriti della regione in cui esso avviene; se la pressione invece si mantiene normale o di poco superiore alla fisiologica, la rottura si manifesta dapprima nei capillari più denutriti e si estenderà poscia agli altri di pari passo coll'atrofia che andrà invadendo le loro pareti.

Ora le osservazioni cadaveriche ci dimostrano che le emorragie si fanno di preferenza tra i fasci della sostanza bianca degli emisferi che è più molle, più rilasciata e maggiormente imbevuta da liquidi, e molto più di raro nello spessore della parete corticale e nell'interno degli organi che costituiscono la base il cui tessuto è assai più compatto. Viene così approvata la nostra asserzione dal reperto anatomopatologico, a meno che la natura così abbia provvisto per la conservazione dell'individuo che i capillari decorrenti nello spessore della parte bianca subiscano invece degli altri gli effetti della denutrizione per cui debbano rompersi più dei medesimi che sono destinati a nutrire gli organi più necessari alla vita allorquando è soverchia la pressione sanguigna intracraniana.

Le emorragie avvengono eziandio sulle parti periferiche del cervello

e ora nel sacco dell'aracnoidea, or fra di questa e la dura-madre ed allora lo spandimento è sempre molto esteso perchè dipendente dalla rottura di vasi di maggior calibro e consecutiva ad altre lesioni che esercitarono violentemente la loro influenza sul cranio, come sarebbero urti, colpi, contusioni, fratture di ossa, cadute, ecc. Non sempre all'autopsia si scorge il luogo della loro origine perchè lo scolo sanguigno va sempre estendendosi verso le parti declivi secondo la posizione tenuta dal bambino che soffri l'azione del trauma e qualche volta da una regione vicina alla base può innalzarsi fra l'encefalo e la parete craniana verso la vôlta perchè viene esclusa ogni altra via alla sua invasione.

Vi sono quindi delle emorragie encefaliche esterne ed interne di cui le prime più estese, le seconde molto meno; quelle sempre gravi e seguite da esito letale nella maggior parte dei casi, queste più o meno pericolose e importanti secondo la loro sede, la loro estensione e consecutivamente le lesioni che secondariamente produssero. Con queste vanno annoverate le piccolissime emorragie le quali si osservano nelle autopsie di bambini morti per porpora emorragica o dopo la tosse spasmodica che non furono mai seguiti da sintomi di sorta e avvengono sempre o almeno quasi sempre nella sostanza bianca degli emisferi.

S'intende che l'estensione dello spandimento sanguigno oltre che dalla rottura dei vasi può dipendere dall'anormale costituzione del sangue la quale ne diminuisce la densità per cui esce dagli interstizii interposti ai bordi delle cellule che ne costituiscono le pareti che si allargano in proporzione della dilatazione che i capillari subiscono mentre la diminuita quantità della fibrina rende difficile la formazione del coagulo.

La sintomatologia sarà quindi diversa secondo tutte queste circostanze alle quali va unita la congestione cerebrale secondaria la quale avviene sempre nelle regioni attigue a quella irritata dalla presenza di un coagulo o d'uno spandimento sanguigno con una intensità proporzionale alla rapidità della sua formazione, alla cedevolezza dei capillari ed alla irritabilità degli organi nei quali successe il processo morboso principale.

Conseguenza di questo afflusso attivo di sangue è l'edema cerebrale generale che sopprime completamente le sue funzioni, e talvolta una nuova rottura di vasi capillari la quale producendo degli effetti analoghi ne aumenterà l'estensione.

Per questi motivi è bensì vero che i sintomi derivanti da un copioso versamento sulla superficie saranno distinte secondo la rapidità o la lentezza con cui si produce e da quelli d'una assai limitata emorragia interna, ma appariranno analoghi se non identici allorquando il primo non acqui-

sterà una grande estensione in modo da non essere seguito da una congestione attiva generale col consecutivo edema.

Il versamento abbondante e repentino è seguito da un improvviso rilasciamento muscolare, da insensibilità generale, da apatia, da sporgenza delle fontanelle, della respirazione superficiale rara, stertorosa, e poi quasi sempre dalla morte. Allorquando questa non avviene dopo la risoluzione dell'edema e sarà limitata la congestione attorno al coagulo rimarrà la paralisi delle membra del lato opposto.

Se invece si fa con molta lentezza e successivamente, i suddetti sintomi di compressione cerebrale appariranno anche gradatamente e saranno annunziati da un sopore sempre crescente, talvolta da moti convulsivi, vomiti, stitichezza, ecc. Se il bambino sopravvive resterà anche affetto dalla paralisi del lato opposto.

L'emiplegia dipendente da focolai interni non è mai preceduta nei bambini dall'insulto apopletico osservato negli adulti, ma da movimenti convulsivi, da elevazione di temperatura oppure da un malessere generale e prostrazione di forze per cui venendo posto a letto, parecchie ore dopo si vedono decombere su di un lato, sul quale ricadono se ne vengono rimossi, il qual fatto, unitamente all'immobilità del loro corpo, ci induce poco dopo ad esplorare le membra e ci fa riconoscere che si trovano paralizzate.

Le piccole emorragie, sia che avvengano nelle parti periferiche del cervello o nel suo interno, dànno sintomi relativamente poco importanti i quali consistono nelle paralisi d'un solo muscolo o d'un intiero sistema o gruppo muscolare; altre volte in contratture o in scosse convulsive, nell'abolizione completa o incompleta del senso in una data regione, ecc.

L'esito finale dell'emorragia relativa alla guarigione dipende come negli adulti dalle lesioni fatte al cervello dal coagulo sanguigno. Cioè se le fibre conduttrici furono divaricate o stiracchiate, schiacchiate o rotte e se il coagulo rimase a lungo applicato su di essse o circonda in tutto o in parte qualche altro organo nervoso il quale rimanga compresso per cui non sia più in grado di svilupparsi.

Dipende eziandio dalla grossezza del coagulo, dal tempo impiegato a compiere il suo assorbimento, dagli organi spostati e che sono impediti a ripigliare il rapporto primitivo e a riacquistare lo sviluppo normale.

La cura, ad eccezione della ricostituente e della elettrica da farsi unitamente o a intervalli secondochè la malattia principale è primaria o consecutiva e le paralisi di più o meno lunga durata, è analoga a quella di cui già si parlò nel paragrafo della congestione cerebrale e della meningite.

Nello stesso modo va trattata l'encefalite e la meningite reattiva.

Della Trombosi dei vasi craniani. — Le lesioni anatomopatologiche corrispondenti si trovano assai frequentemente nelle autopsie dei bambini senza che negli ultimi giorni di vita siasi osservato qualche sintomo speciale che indicasse un'alterazione circolatoria degli organi encefalici.

Le cause che sono considerate come più atte a produrla sono la lentezza circolatoria, l'eccessiva quantità di fibrina nel sangue e le rapide sottrazioni di sierosità da questo umore ed abbondanti le quali perchè aumentano la sua densità lo fanno circolare con difficoltà nei capillari e favoriscono molto la sua coagulazione.

Donde si vede come la trombosi dei seni della dura-madre sia una conseguenza piuttostochè una malattia per se stessa, tanto più che non si trova mai sola ma accompagnata da altre lesioni anatomopatologiche degli emisferi come la congestione generale, rotture di capillari, turgidità delle vene della superficie degli emisferi, edema, ecc., per cui è assai incerto lo stabilire quali furono le prime e quali le consecutive.

Sappiamo inoltre che i sintomi della compressione cerebrale gradatamente crescenti attribuiti anche alla formazione della trombosi, quali sono i vomiti, la dilatazione delle pupille, la sonnolenza, il coma, ecc., sono comuni anche alle gravi congestioni encefaliche nonchè agli spandimenti sanguigni di decorso lento e continuo.

Nè per stabilire le trombosi parziali della cavità del cranio dobbiamo prestar maggior fede ad altri sintomi citati dai varii autori, quali sono il più grande calibro di una vena giugulare esterna essendo minore quella corrispondente al seno laterale occluso; un edema doloroso dietro il padiglione dell'orecchio nella trombosi del seno trasvèrso ed infine l'epistassi o l'edema attorno le vene frontali nella chiusura del seno longitudinale superiore ; imperocchè nella maggior parte dei casi questi fatti mancano e la loro assenza non esclude le trombosi relative, mentre la presenza degli edemi dolorosi può anche avere altre cause.

La trombosi dei seni craniani può essere favorita nei lattanti di pochi mesi dall'accavallamento delle ossa il quale è causa del rilasciamento e dello spostamento laterale del seno longitudinale per cui ne viene rallentato il corso del sangue perchè la sua cavità venendo in questo modo in varii punti compressa cessa d'essere beante. Da questo il coagulo si estende ordinariamente ai seni laterali e poscia al seno retto, ed in questo modo in poco tempo la trombosi diventa completa.

Si osserva frequentemente nei bambini che muoiono di sclerema, per inanizione o marasmo, in quelli tenuti in cattive condizioni igieniche relative per lo più alla temperatura, negli immaturi, poco sviluppati, ecc.

Può anche essere prodotto meccanicamente dall'impedito deflusso del sangue verso il torace per malattie degli organi respiratorii, da tumori del collo che comprimano la trachea come sarebbero i tumori della ghiandola tiroide o da qualche ghiandola linfatica che eserciti una compressione su di una vena del collo, ecc.

Questa malattia si può più prevenire che curare. E se nel corso del libro, ad onta di fare delle inutili ripetizioni, ho spesso la cura di raccomandare di sostenere sempre le forze dei bambini ammalati tanto più quando delle lesioni cardiache o degli organi del torace possono indurre delle alterazioni circolatorie negli organi craniani, è appunto per impedire alcune gravi conseguenze le quali una volta che hanno incominciato a manifestarsi più non può impedirsi il loro progresso.

Per curarla sono indicati gli eccitanti della circolazione, dell'innervazione di cui si disse già più volte diffusamente, ed infine i rivulsivi cutanei ed intestinali.

Della Sinostosi craniana. — È quella malattia dei bambini in cui gli spazi compresi fra i bordi delle ossa scompariscono precocemente perchè l'ossificazione e la loro saldatura avviene prima del tempo normale il quale è compreso fra il terzo ed il quarto anno di vita all'incirca. Però siccome non tanto di raro succede che avvengano prima del trentesimosesto mese senza che vi siano conseguenze di rilievo e come queste si osservano se la chiusura avviene più presto, così per adottare un linguaggio convenzionale potremo dire che un bambino è affetto da sinostosi craniana quando questa avviene in sul finire del primo anno di vita o poco prima; giacchè allora questo fatto non avviene mai senza che venga alterato profondamente lo sviluppo del cervello e con esso impedito quello delle facoltà intellettuali.

In generale il cranio affetto da sinostosi subisce eziandio un ritardo dell'ulteriore sviluppo per cui tutte le sue dimensioni sono di molto minori alla media normale come se appartenessero ad un individuo di piccola statura.

Un altro fatto che accompagna ordinariamente la sinostosi è l'irregolarità dello sviluppo delle ossa del cranio delle varie regioni, il quale può trarre con sè delle anomalie di forma o di simmetria delle quali abbiamo numerosissime varietà che qui è fuor di luogo enumerare e porre sotto gli occhi dei cortesi lettori.

Basti il dire che la loro gravità relativamente agli esiti dipende non solo dal grado della deviazione dalla forma normale, ma ancora dall'essere o non compresi gli emisferi cerebrali nell'alterazione dello sviluppo con-

temporaneamente. E qualora questo non succeda, cioè si svolga non regolarmente la forma della scatola ossea sulla quale senza venire a contatto delle sue pareti gli emisferi debbono modellarsi nelle condizioni fisiologiche, e venendo esse alterate nel senso che la capacità di alcune regioni non è adatta al volume che debbono contenere, la periferica dei medesimi continuando a svilupparsi scaccia il liquido encefalico, e viene ad incontrare la loro superficie interna. E la pressione delle pareti unite al continuo aumento di volume lo spingeranno dalla parte opposta, oppure ne arresteranno lo sviluppo progressivo mentre gli organi compresi nelle più grandi cavità acquisteranno lo sviluppo normale.

Ne verrà la conseguenza che sarà irregolare la distribuzione del liquido encefalico nella cavità craniana e che l'espansione imposta agli emisferi dalla sistole cardiaca e dall'interrompersi dell'aspirazione toracica sarà diseguale nelle diverse regioni per cui le une la subiranno maggiormente ed altre meno e i movimenti compiuti dalle varie parti dell'encefalo saranno diversi dai fisiologici come anche il trasporto del suddetto liquido dalle parti periferiche alle centrali; come del pari sarà anche impedito il suo penetrare in tutte le anfrattuosità che separano le circonvoluzioni.

E siccome l'espansione regolare dei due emisferi è la condizione assolutamente richiesta perchè il sangue penetri in tutti i loro vasi capillari e quindi si faccia regolarmente la sua nutrizione, ne avviene la conseguenza che si accentuerà per questi motivi di più l'atrofia delle regioni compresse e lo sviluppo progressivo delle altre.

Di più quelle a lungo andare perdono la mollezza e l'elasticità della loro struttura perchè va poi scomparendo col tempo e gradatamente la sostanza nervosa la quale verrà poi sostituita dal tessuto connettivo.

Nei casi gravi di sinostosi simmetrica quanto asimmetrica le facoltà intellettuali sono sempre limitatissime. Per cui gli individui affetti da queste anomalie sono predisposti all'idiotismo, all'imbecillità fin dai primi anni di vita e più tardi a vertigini, congestioni encefaliche, contratture, convulsioni, paralisi, ecc., in seguito delle quali ordinariamente muoiono.

Siamo molto all'oscuro trattandosi di stabilire le cause della malattia le quali sono assai complesse. Da alcuni si mise in campo la sifilide ereditaria: mancano però, che io mi sappia, delle osservazioni comprovanti tanto più che non sempre la sinostosi invade le regioni che da molti anni ne sono infette, ma piuttosto le altre nelle quali è endemico il gozzo ed il cretinismo.

Non si può nemmeno parlare di cura nel vero senso della parola, ad

eccezione di quella sintomatica dei fatti cerebrali che a lungo andare cadranno sotto l'osservazione del medico.

Della Microcefalia. — Un cranio affetto da sinostosi simmetrica o asimmetrica è sempre microcefalico; se nonchè in alcuni casi le ossa della faccia cessano ed in altri continuano a svilupparsi finchè è raggiunto il completo svolgimento proporzionale alla statura dell'individuo.

Ed allora nel primo caso la testa manca della proporzione armonica delle sue forme e dimensioni dipendente dal regolare sviluppo delle parti che fa distinguere al primo sguardo la persona intelligente e la differenzia dal cretino. Di queste anomalie abbiamo numerosissimi esempi e varietà che difficilmente si possono riferire ad uno o a vari tipi.

Altre volte il cranio microcefalico è regolare ed è accompagnato da uno sviluppo anche regolare degli organi che contiene e proporzionale e tanto l'uno che l'altro rimangono piccoli per tutta la vita ed appartengono a persone di piccola statura: i quali dànno, dopo la pubertà, molte e luminose prove della loro sottile intelligenza, le quali ci dimostrano a chiare note come tutte le parti dell'encefalo essenziali o secondarie siano ben sviluppate e tutte funzionino armonicamente.

Anche la microcefalia è incurabile. Trattandosi però di bambini è sempre necessario badare alla malattia costituzionale, ereditaria o acquisita, alla debolezza congenita, ecc.

CAPITOLO XV.

Delle Paralisi dei bambini in generale e delle loro cause — Delle Paralisi difteriche — Della Paralisi del diaframma – Della Paralisi del gran pettorale — Di alcune Paralisi delle estremità inferiori – Delle Paralisi degli organi interni — Della Paralisi cerebrale — Della Paralisi cardiaca — Della Paralisi bronchiale — Delle Paralisi traumatiche – Dell'Insonnia nei bambini e del loro sonno – Della cura di queste malattie.

Delle Paralisi dei bambini in generale e delle loro cause. — La loro causa può agire direttamente sui centri nervosi, sui tronchi disposti fra di essi e gli organi o negli apparecchi terminali ed infine direttamente sul tessuto stesso d'ogni organo.

Per cui nello stesso modo che negli adulti si possono distinguere, secondo la localizzazione della causa, in centrali o periferiche, la quale divisione però non comprende tutti i casi imperocchè non tanto di rado siamo incerti sul modo di classificarle quantunque siansi messi in uso i più accurati metodi d'esame.

Fra le cause le quali agiscono direttamente sui centri nervosi vi sono le emorragie cerebrali, dipendenti quasi sempre dalla fragilità congenita o acquisita dei vasi unitamente ad una anormale pressione alla quale sono sottoposti in date circostanze. Il coagulo del sangue effuso ora comprime il nucleo d'origine del nervo che si dirige ad un muscolo o ad un sistema di muscoli, ora sposta le fibre conduttrici frapposte alle cellule nervose della corteccia cerebrale ed agli organi centrali.

Altre volte e tanto più nei neonati si tratta d'un coagulo molto esteso contenuto nel sacco dell'aracnoidea o comprimente un emisfero in tutto o in parte o fra questa membrana e la dura-madre che fu lacerata durante la frattura d'un osso craniano.

Non possiamo però negare che nelle autopsie dai bambini morti di marasmo non di raro si trovano delle piccole emorragie sparse nella sostanza bianca degli emisferi senza che durante la vita siansi manifestate delle paralisi. E probabilmente questo dipende dalla proprietà delle fibre nervose che li attraversano di poter subire uno spostamento anche leggiero senza cessare di funzionare.

Le paralisi dipendenti dalle cause suddette si osservano dopo i violenti accessi di tosse spasmodica, di convulsioni, dopo le malattie infettive esantematiche le quali sono accompagnate da emorragie cutanee e viscerali, che fanno testimonianza della fragilità dei vasi capillari.

Quelle che dipendono e sono consecutive alle malattie febbrili o infettive possono avere un' origine tanto centrale quanto periferica. Imperocchè il movimento d'un muscolo o d'un sistema muscolare speciale, a cagione d'esempio, può essere impedito tanto se la causa morbosa esercita la sua influenza paralizzando l'organo terminale d'un nervo sensibile per cui viene abolita la trasmissione riflessa, quanto anche il centro d'un nervo motore nel cervello o nel midollo spinale per cui in qualunque caso la sensazione non produce più il movimento corrispondente.

Altre cause non meno importanti delle paralisi infantili sono l'infezione del sangue prodotta dai principii virulenti o miasmatici e quelle reumatiche le quali agiscono non molto di raro tanto per produrre le centrali quanto per le periferiche.

L'influenza di queste ultime viene da egregi autori messa in dubbio, non perchè non si possano in certi casi verificare, ma per la considerazione che le paralisi di questa natura avvengono rapidamente, e prima che decorra il tempo probabilmente necessario alla formazione d'una lesione di struttura negli elementi nervosi, perchè dura molti mesi, sono estese a molti muscoli e quasi sempre localizzate nelle estremità inferiori.

Il bambino che ne è affetto non presenta anche a lungo andare un deficiente sviluppo nelle estremità che sono invase dalla malattia, ma soffre soltanto della fatica a compiere delle piccole passeggiate per cui non resiste a lungo e si lascia cadere per terra seduto quando si sente stanco. Se però è messo a letto compie tutti i movimenti indifferentemente. E all'autopsia non si riconoscono sempre delle lesioni speciali e sufficienti a spiegarci chiaramente il fatto morboso, per cui siamo quasi più indotti a credere che in tali casi si tratti d'una alterazione funzionale più che d'una alterazione di struttura.

Il modo più sicuro di riconoscere se una paralisi è d'origine centrale o periferica è l'applicazione della corrente indotta. Nelle prime la contrattilità muscolare si conserva ancora molto tempo dopo l'azione della causa. Nelle periferiche va necessariamente diminuendo finchè scomparisce del tutto dopo poche settimane.

Le paralisi di singoli muscoli o di sistemi muscolari comuni nell'infanzia, dalle quali si fanno derivare le varie forme di piedi storti e di anomalie nella deambulazione, dipendono ora da alterazioni del midollo spinale

che inducono per mezzo dei nervi che ne emanano delle alterazioni nutritive nei muscoli, ora da arresti di sviluppo che sono alla loro volta causa di minore funzionalità, quindi prendono il sopravvento nel produrre il movimento richiesto dalla volontà gli antagonisti, per cui non riesce regolare e adatto allo scopo per il quale viene compiuto.

Lo stesso effetto si otterrebbe qualora nella convalescenza d'una malattia di lunga durata e seguita da marasmo generale la reintegrazione dei tessuti compresi nel processo morboso non si fosse estesa a tutti ma rimanesse localizzata a certi muscoli o gruppi muscolari esclusivamente la cui inerte o debole funzione favorisce quella degli antagonisti.

Una spiegazione molto difficile a darsi è quella delle paralisi che avvengono alcune settimane dopo che il bambino ha superato una malattia infettiva e tanto più se sono periferiche. Non possono venire attribuite alla influenza del miasma o del virus che le produsse perchè in tale epoca non soltanto è eliminato ma sono pressochè anche guarite completamente le lesioni specifiche ed il sangue ha riacquistata la sua normale composizione o sta per riacquistarla. Se le paralisi consecutive alle malattie d'infezione invece sono d'origine centrale si può supporre che un coagulo sanguigno abbia otturata una piccola arteria destinata alla nutrizione del centro speciale del muscolo rimasto inerte, tanto più che avvengono la maggior parte dei casi improvvisamente senza farsi immediatamente gravi.

Invece dell'origine embolica si può anche ammettere che sia avvenuta una emorragia cerebrale a cagione dalla fragilità dei vasi, ciò che non è nemmeno improbabile e da rigettare per le ragioni dette di sopra.

Altre paralisi sono talvolta dipendenti dalla compressione d'una ghiandola linfatica su di qualche tronco nervoso della qual cosa ho avuto un esempio lungo il corrente anno in cui la compressione si faceva sul plesso bronchiale sinistro, la quale produceva la paralisi del braccio della stessa parte.

Le membra paralizzate a lungo andare diventano anche più fredde e col tempo divengono altresì atrofiche sia per quello che riguarda la lunghezza quanto per la circonferenza, e l'atrofia invade indistintamente tutti i tessuti. Alcune volte pare che venga risparmiato il connettivo adiposo sottocutaneo più a lungo.

La causa di questo fatto dipende tanto dalla mancanza dell'uso quanto perchè la paralisi si estese ad un tronco nervoso misto per cui viene alterato il senso, il moto e la nutrizione degli organi ai quali si distribuisce.

La prognosi delle paralisi infantili è come quella degli adulti dipen-

dente dalla persistenza della contrattilità elettrica per cui diventa sfavorevole qualora questa vada diminuendo o cessando del tutto.

Delle Paralisi difteriche. — Queste possono avvenire tanto nel decorso della malattia principale quanto alcune settimane e mesi dopo che fu sofferta e guarita. Può invadere i muscoli appartenenti a diverse regioni dell'organismo; però quelli preferiti nella maggior parte dei casi sono il palato molle, i muscoli della laringe, quelli delle estremità inferiori ed infine alcuni di quelli importanti per la respirazione, come sarebbero il diaframma ed il gran pettorale.

Nel primo caso durante la deglutizione non tendendosi il palato molle per chiudere la parte superiore della faringe, i cibi penetrano nello stesso tempo nell'esofago e nelle narici. Se sono paralizzati i muscoli laringei, la voce diventa afona e si conserva sempre tale per lungo tempo, e le sostanze liquide o semiliquide o polverulenti penetrano in parte nel canale respiratorio, come anche la saliva, e così vengono cagionati dei violenti sforzi di tosse onde eliminarli.

Le paralisi delle estremità sono sempre proporzionali all'estensione del processo morboso, cioè si presentano con sintomi diversi secondo che venne invaso un solo muscolo o un gruppo muscolare destinato ad una speciale azione e a diversi uffizi e se il loro effetto nelle funzioni dev'essere combinato con quello degli altri muscoli rimasti sani. Ma ordinariamente le paralisi difteriche delle estremità sono limitate.

Della Paralisi del diaframma. — Il diaframma si può considerare come il muscolo respiratorio più importante nei bambini. Imperciocchè la funzione respiratoria può compiersi esclusivamente col suo unico intervento, sia che i muscoli del torace e del collo si trovino stanchi o inattivi, come spesso avviene durante il sonno, o poco sviluppati. Si vede quindi il motivo per cui quando cessa di funzionare la morte avviene assai più presto che non dopo la paralisi degli altri muscoli respiratorii.

La sospesa azione del diaframma è seguìta dal sollevamento della sua cupola, il quale fa verso la cavità toracica una sporgenza maggiore di quella che avviene durante l'espirazione forzata, per cui viene ristretta nella suddetta direzione la regione del torace e compresse le regioni polmonari adiacenti.

Senonchè l'imperioso bisogno della funzione respiratoria sentito dall'organismo obbliga a maggior lavoro gli altri muscoli che nello stato normale agiscono contemporaneamente a lui stesso, i quali sono i grandi ed i piccoli pettorali, gli sternocleidomastoidei, gli scaleni, per cui nei bambini in cui le coste sono ancora molto flessibili, il torace offrirà un

inarcamento nelle regioni superiori e anteriori corrispondenti alle loro inserzioni e proporzionali all'intensità della loro azione.

Ma uno sforzo maggiore dell'ordinario non può essere sostenuto a lungo senza che vengano presi dalla stanchezza, ed allora le escursioni diventano assai brevi e molto frequenti.

Per cui durante queste paralisi le respirazioni superficiali e brevi e numerose vengono interrotte di quando in quando da atti molto più profondi ma non continuati, il cui intervento si fa sempre più raro di mano in mano che l'asfissia va invadendo l'organismo intiero.

Da tale stato di cose deriva la conseguenza che durante gli incompleti sforzi respiratorii si dilateranno soltanto le vescicole delle parti superiori e delle medie dei polmoni e rimarranno impervie quelle degli strati inferiori che hanno degli immediati rapporti col diaframma.

Oltre all'impicciolimento della cavità toracica ed all'allungamento reciproco dell'addominale, succederà anche la limitazione dei movimenti dei retti anteriori del trasverso e degli obliqui, se non in tutto almeno per quello che riguarda l'antagonismo funzionale esistente fra di questi e il diaframma e i muscoli toracici e del collo. Per cui saranno minimi i movimenti da essi compiuti durante la respirazione destinati ora ad abbassare le coste, ora a tener fisse le inferiori durante l'elevazione delle superiori o l'abbassamento del diaframma, e serviranno a mala pena quelli che si trovano nella regione anteriore a flettere il tronco innanzi ed i laterali ad impedire che sporgano più del normale le regioni coliche.

Una variazione di forma che si osserva nella parte superiore della regione anteriore del torace, qualora la paralisi del diaframma duri a lungo, nei lattanti è la scomparsa dell'inarcamento corrispondente alle prime coste, il quale la caratterizza seguìta invece dal fatto contrario, imperocchè in queste condizioni il torace si solleva in massa per dilatarsi, e le arcate costali che dànno inserzioni ai muscoli laterali dell'addome verranno attratte dai medesimi verso la cavità toracica leggiermente in proporzione dell'obliquità delle loro inserzioni dipendenti dalla più piccola circonferenza del bacino.

La paralisi di questo muscolo è sempre seguìta da esito letale il quale non viene mai impedito e nemmeno allontanato per un certo tempo da tutte le cure più assidue e diligenti che un medico possa fare: fra le quali non va mai dimenticata l'elettricità indotta che si applica mediante un reoforo al collo corrispondentemente agli scaleni e l'altro alle inserzioni costali del diaframma.

La paralisi del diaframma nella meningite acuta è sempre accompa-

gnata da quelle dei muscoli delle pareti addominali, per cui queste diventano successivamente immobili di mano in mano che la malattia progredisce e il ventre va scavandosi, mentre nello stesso tempo la respirazione diventa più superficiale ed i sospiri che intervengono di quando in quando a interrompere la sua regolarità sono dipendenti da un maggior sforzo dei muscoli che durante questa malattia concorrono a compiere debolmente questa funzione. La suddetta escavazione non è eguale in tutti i bambini affetti da questa malattia, ma più grande in quelli nei quali la inanizione fa più rapidi progressi e la malattia dura più a lungo, e un po' meno negli altri nei quali si può in qualche modo favorire ancora la nutrizione e che soffrono contemporaneamente un catarro intestinale con leggiera diarrea. L'intestino dei primi si vuota quasi completamente del suo contenuto, per cui la tonaca muscolare non trovando più resistenza alcuna alla sua contrazione, restringe al grado massimo la sua parete, e la massa intestinale diminuisce di volume, il quale è poi contenuto in uno spazio relativamente aumentato dal rilasciamento del diaframma. È questo il motivo per cui vediamo contratti gli intestini in proporzione della ampiezza dell'escavazione, e le loro anse sono quasi disegnate sulle atrofiche pareti addominali, e colla semplice ispezione si può talvolta seguire il trasloco giornaliero d'un ammasso di materie fecali dalla regione cecale dell'intestino crasso fino alla regione iliaca sinistra.

Della Paralisi del gran pettorale. — I sintomi con cui si manifesta dipendono ad un tempo dall' alterazione dei movimenti del torace e del braccio.

Siccome per quel che riguarda la funzione respiratoria egli serve a dilatare il torace sollevando le coste contemporaneamente alle contrazioni del diaframma e dei muscoli del collo, ne avviene che essendo paralizzato verranno spinte o attratte in alto solamente le coste che ricevono direttamente l'azione di questi e di quello, e le altre intermedie verranno attratte passivamente ora in alto ora in basso secondo la direzione dell'atto respiratorio. Per cui la dilatazione toracica sarà minore d'assai dal lato paralizzato, poichè è assai valido il concorso che il suddetto muscolo offre agli altri facendosi le sue contrazioni perfino nel medesimo senso.

I movimenti che trasportano il braccio nel senso dell'adduzione sono sospesi, come anche quelli della rotazione interna.

Questa paralisi è quasi sempre bilaterale. Quando è unica il torace del lato sano si dilata più dall'altro nella stessa direzione delle fibre del muscolo, cioè in alto ed in fuori, e l'altro lato viene trascinato verso di lui nella stessa direzione appunto come si osserva nei bambini affetti da

un copioso versamento pleurale o un abbondante essudato crupale che occupa una gran parte degli alveoli d'un polmone.

I bambini affetti da questa paralisi muoiono anche presto per asfissia, tanto più quando è consecutiva a qualche malattia d'infezione, e se essa non avviene il muscolo diverrà col tempo atrofico, per cui sotto di esso compariranno gli spazi intercostali, e le coste più che dall'altra parte, la fossa sottoclavicolare apparirà più profonda e più ristretta, meno alta, più sottile e rilasciato il bordo anteriore della regione ascellare.

Di alcune Paralisi alle estremità inferiori. — Queste si osservano frequentemente e quasi sempre nei bambini i quali furono mal nutriti, svezzati prima di tempo o assoggettati all'uso delle pappe di sostanze amilacee prima di tempo, che soffrirono delle diarree profuse, ed è una delle più grandi rarità osservarle in quelli assolutamente sani e robusti.

Di raro invadono un intero gruppo muscolare, ma sono quasi sempre parziali, per cui mentre non stanno in piedi o molto stentatamente contro una sedia sulla quale appoggiano con forza le loro braccia per non cadere, quando sono sollevati da terra o posti nel loro letto compiono indifferentemente i rispettivi movimenti.

I muscoli che si osservano più frequentemente paralizzati sono gli estensori della coscia nel bacino e della gamba nella coscia, ed infine gli adduttori e i lombari.

Nel primo caso il bambino non riesce a stare in piedi, e venendo abbandonato a se stesso in questa posizione cade seduto. I muscoli i quali sembrano prendere parte più degli altri a produrre queste anomalie sono i glutei il cui deficiente sviluppo si può verificare facilmente essendo la loro regione pochissimo coperta di tessuto adiposo, e attraverso di essi si può perfino toccare la tuberosità ischiatica e le altre parti dello scheletro. Se la paralisi di questi muscoli non è completa in modo che venga permessa la deambulazione, allora si vedono questi bambini camminare stentatamente colle coscie semiflesse e quasi fisse al tronco, per cui i movimenti appositi si compiono quasi esclusivamente col concorso esclusivo delle gambe. Il tronco è pure alquanto inclinato innanzi, le gambe un po' allargate e le punte dei piedi dirette innanzi e non infuori come avviene quando la funzione di tutti i muscoli dell'arto è regolare. Questi ragazzi si stancano anche facilmente, per cui dopo alcuni passi vanno sostenuti.

Essendo paralizzati i muscoli adduttori il bambino cammina colle estremità molto allontanate. I piedi non sono rotati in fuori, ma diretti

avanti; l'andatura è molto stentata e seguita presto da stanchezza per il maggior sforzo che debbono fare gli altri muscoli la cui azione è analoga a quelli affetti da questa paralisi. Talvolta non è estesa ai due arti, ma ad uno solo, mentre l'altro è ben sviluppato in tutte le sue parti, ed allora mentre questo oscilla normalmente, il primo fa compiere al piede un piccolo cerchio avente la convessità in fuori, tutte le volte che viene portato avanti per compiere il passo alla sua volta. A questi sintomi dobbiamo aggiungere la difficoltà e nei casi gravi l'impossibilità di tenere avvicinati i due arti, nonchè di accavallare quello ammalato sul sano.

Non parlo qui di altre paralisi dei muscoli della gamba le quali hanno per conseguenza delle deviazioni dei piedi conosciute sotto il nome di piedi storti, perchè a queste lesioni ho già destinato un capitolo apposito, nel quale parlo eziandio delle cure ortopedica e chirurgica da applicarsi a ciascun caso pratico.

Osservo soltanto che queste sono le sole deformità dipendenti qualche volta da paralisi le quali siano congenite, che ci si rivelano per le forme speciali assunte dagli arti inferiori. Ma queste ci debbono anche lasciar sospettare l'origine intrauterina anche di altre lesioni muscolari che si palesano mediante un'alterazione funzionale, allorquando il bambino è giunto nell'epoca in cui deve disporsi a camminare. Nè ci dobbiamo convincere che non vi sia alcuna paralisi prima di allora se vediamo che il neonato quando è in posizione supina compie con tutta regolarità ed energia una certa serie di movimenti, imperocchè lo sforzo muscolare messo in opera in tal caso è minimo e ben diverso da quello necessario per tenere rigido un arto in proporzione del peso che deve sopportare.

L'origine intrauterina si può sospettare anche per queste, ogni qualvolta si possano evidentemente escludere le altre, ed il bambino è sano, robusto, ben nutrito e sviluppato e non affetto da nessuna diatesi costituzionale congenita o acquisita.

Queste paralisi che sembrano di origine centrale perchè i muscoli che ne sono affetti hanno perduto o perdono assai tardi la eccitabilità elettrica, dipendono esclusivamente dal deficiente sviluppo di qualche muscolo le cui cause ci sono ancora sconosciute, analogamente al quale abbiamo numerosi esempi nell'organismo dei bambini che sarebbe cosa lunga l'enumerare.

Delle Paralisi degli organi interni. — Spero che non spiacerà ai miei lettori che mi intrattenga a ricordare i sintomi di alcune di esse, tanto più che ne sento un obbligo per averle osservate molte volte, per averne fatto le relative autopsie ed infine perchè mi pare che senza di ciò il capitolo che ne parla rimarrebbe incompleto.

Il mio discorso si riferirà specialmente a quelle del cervello, dei bronchi e del cuore che sono le principali e le più comuni, che è quanto dire che si osservano più frequentemente.

Della Paralisi cerebrale. — Il tipo che possiamo prendere per avere un'idea precisa è lo stato consecutivo alla commozione cerebrale dipendente da urti, sincope, cadute, ecc., o da una violenta e grave congestione dei due emisferi dopo la rottura d'un'arteria e l'emorragia che ne è la conseguenza.

Il ragazzo allora diventa comatoso e cade a terra. Sono immediatamente aboliti i movimenti volontari. Le pupille sono dilatate e l'eccitabilità riflessa della congiuntiva è assolutamente abolita, come anche quella dei muscoli della faringe per cui diventa anche impossibile la deglutizione. La pelle si mostra dovunque pallida ed anemica ed assolutamente insensibile a qualunque irritazione. La coscienza è abolita. Le funzioni che unicamente si mantengono in attività, sebbene in grado assai minore del normale, sono la respirazione e la circolazione. Quella è superficiale, rara, appena percettibile e interrotta da profondi sospiri. I battiti cardiaci sono assai rari ed alquanto indeboliti, il polso piccolissimo senza essere sempre troppo frequente nè eccessivamente raro.

La durata di tale stato è assai variabile: da qualche giorno può prolungarsi a quattro o cinque. Ed il ritorno dell'organismo nello stato normale è annunziato dal colorirsi dei tegumenti, dal farsi più frequenti e profonde le inspirazioni, dal compiersi dei movimenti nella serie dei muscoli volontari, ed infine dal ritorno della sensibilità e della coscienza.

Durante la commozione cerebrale nei lattanti si osserva eziandio l'abbassamento delle fontanelle che il dito applicato anche leggiermente sente a mala pena a pulsare: ciò che ci dice come l'impulso cardiaco sia assai debole e diminuito il contenuto della cavità craniana, perchè una piccola ondata sanguigna vi viene spinta ed è riassorbito in parte il liquido encefalo rachidiano giacchè l'esalazione cutanea continua sempre a farsi non ostante lo stato patologico dell'infermo, mentre è sospesa l'assunzione degli alimenti e la nutrizione. Ed è forse la sua scarsità che è la causa della congestione cerebrale la quale segue gli stati comatosi di lunga durata, la quale però è solo accompagnata da agitazione, inquietudine, leggieri movimenti convulsivi, mai da vomito o da polso lento, da respirazione superficiale, cefalalgia, come si presenta la comune congestione encefalica.

Nei casi gravi la paralisi si estende anche al midollo allungato o rapidamente o a grado per cui avviene l'esito letale.

L'autopsia rivela la pienezza dei seni della dura-madre il quale effetto è assolutamente dipendente e quale si deve aspettare dalla debolezza circolatoria del bambino durante lo stato comatoso.

Egregi autori opinano che l'agitazione successiva alla commozione cerebrale dipenda dall'eccessiva quantità di acido carbonico che il sangue ed i tessuti contengono piuttosto che da una consecutiva congestione. Io credo che la causa sia complessa e si riferisca tanto alla debolezza circolatoria di cui parlai quanto all'acido carbonico accumulato.

L'emissione dell'orina e delle materie fecali ed il vomito che avviene in sul principio della paralisi cerebrale, accompagnati da borborigmi dopo i quali gli intestini rimangono contratti e immobili per cui occupano un minor spazio nella cavità addominale e la regione anteriore che si adatta su di essi appare incavata, dipendono dalla sospensione della digestione.

La respirazione superficiale e debole dipende probabilmente dalla diminuita funzionalità del nervo frenico per cui è assai limitata l'escursione del diaframma e intervengono a compierla i soli muscoli anteriori del torace e quelli del collo.

Ha molta relazione colla sincope lo stato comatoso dipendente dalla paralisi del cervello, e nell'uno e nell'altro caso i sintomi in sul principio sono del tutto identici, se nonchè nell'una il rallentamento circolatorio precede, nell'altra invece è consecutivo. Un'altra differenza consiste nella maggior durata che non si può oltrepassare mai nella sincope perchè la vita non versi in pericolo, ciò che non sempre succede nel coma che segue la paralisi cerebrale. Ed infine durante il decorso di questa i battiti cardiaci sono deboli ma sempre avvertiti facilmente; appena o niente percettibili in pochi minuti di durata nella sincope.

Della Paralisi cardiaca. — Può dipendere da una lesione del centro nervoso cardiaco ed allora il suo tessuto non presenta lesione alcuna ad eccezione di alcuni coaguli recenti che si possono trovare nelle lacinie muscolari delle sue pareti. Altre volte queste diventarono inette a contrarsi sufficientemente perchè i loro elementi muscolari furono in parte distrutti dalla denutrizione febbrile o degenerati, per cui la evoluzione cardiaca non compiendosi coll'intensità richiesta dai bisogni dell'organismo non si può eliminare completamente l'acido carbonico che in ogni istante si accumula nel corpo, nè una sufficiente ondata di sangue può essere spinta nei polmoni ad ossigenarsi; è lento inoltre il lavoro digestivo e si sospende unitamente alla nutrizione perchè l'epitelio delle ghiandole intestinali non riceve un materiale adatto alla produzione dei succhi, nè in quantità sufficiente, ed infine perchè i centri nervosi che hanno l'inca-

rico di regolare le altre funzioni non possono adempirle perchè mancano del loro normale eccitamento.

Vi sono varie forme di paralisi cardiaca. La prima è la sincope la quale è assai rara nei bambini se non è consecutiva o accompagnata da altre malattie, nemmeno quando hanno sofferto violenti dolori o convulsioni generalizzate o eccessivamente prolungate. Dopo di che avviene piuttosto un profondo languore, un grave abbassamento di temperatura, ed una grande prostrazione di forze, quantunque i suddetti fenomeni dimostrino essi stessi come sia molto debole la circolazione e l'attività nervosa in simili circostanze da richiedere gli identici soccorsi usati per la prima.

I sintomi con cui si manifesta la paralisi cardiaca allorquando avviene gradatamente in sul finire d'una malattia grave, sono il polso molto debole e irregolare, ora celere, ora lento, ora insensibile all'esame digitale. Nello stesso tempo le estremità dell'infermo appaiono di quando in quando eccessivamente fredde, la cianosi va invadendo l'organismo a grandi giornate ed il bambino è preso di quando in quando da accessi di palpitazione e di dispnea i quali paiono svegliarlo di soprassalto dallo stato di sonnolenza in cui gradatamente si immerge. Avvengono poscia dei deliquii e delle lipotimie per la scarsità dell'ondata sanguigna ossigenata che arriva ai centri nervosi. Se tale stato dura alcuni giorni appariscono talvolta degli edemi alle estremità inferiori. L'impulso cardiaco si svela all'orecchio applicato nella corrispondente regione molto debole e irregolare, ed i toni non si riconoscono più distintamente l'uno dall'altro tutte le volte che si esaminano.

La dispnea che l'accompagna dipende dall'edema polmonare. Vi è pure la stasi nei capillari encefalici e la stasi del sangue nei seni della dura-madre.

Tutti questi fenomeni si osservano specialmente allorquando il rallentamento dell'evoluzione cardiaca dura alcuni giorni e soltanto quelli relativi al cuore ed alla respirazione se la durata è assai breve. E sono comuni tanto nei bambini i quali muoiono per la degenerazione adiposa del miocardio o per lesioni acute o croniche dell'endocardio, quanto per lesioni che furono localizzate nel centro cardiaco del midollo allungato.

Della Paralisi bronchiale. — È cosa molto rara che questa malattia dipenda esclusivamente da qualche lesione dei centri nervosi che presiedono ai movimenti dei bronchi, ma ordinariamente è consecutiva di altre malattie acute o croniche di questo apparecchio, fra le quali ricordo la broncoalveolite o la bronchite capillare, la polmonite crupale, ecc.

E consiste nell'insufficienza o nell'abolizione dell'azione dei muscoli dei bronchi, i quali per questo non sono più in grado di comunicare ai medesimi i movimenti di restringimento ed allungamento durante il primo atto respiratorio e quelli opposti mentre si compie il secondo atto.

Ed essendovi colla paralisi del moto anche quella delle sensazioni, non viene più avvertita la presenza del catarro accumulato, e rimane soppresso lo stimolo alla tosse. La sua eliminazione è quindi compiuta esclusivamente dal movimento ciliare nei grossi bronchi nei quali viene scacciata dai piccoli per la compressione che subiscono dal restringersi nei polmoni delle pareti toraciche durante l'espirazione.

La dispnea che accompagna le paralisi dei bronchi dipende dal fatto che la respirazione è compiuta esclusivamente mediante l'intervento dei muscoli del torace, del collo e dell'addome, e se l'azione di qualcheduno fra di essi mancasse, come in questi casi, succede non di raro in cui si paralizza il diaframma, l'esito letale è molto vicino.

Oltre alla mancanza della tosse, alla dispnea con tutte le sue conseguenze ed allo sforzo compiuto dai muscoli volontari che presiedono a questa funzione, si sente un rumore speciale chiamato rantolo tracheale, il quale è dovuto alle vibrazioni trasmesse dal passaggio dell'aria attraverso il muco che scorre nella trachea mosso dal movimento delle cellule epiteliali vibratili.

Nei bambini questa paralisi non è o di raro accompagnata o seguita da quella del nervo facciale, per cui le guancie, o nei bambini le labbra durante lo sforzo inspiratorio, vengono spinte verso la cavità della bocca la cui apertura rimane sempre aperta in questi casi.

La respirazione è superficiale e secondo il tipo toracico superiore e frequente per cui i muscoli che intervengono a compierla maggiormente sono quelli del collo e i pettorali. Le facoltà intellettuali mentre si fanno queste paralisi, vanno indebolendosi gradatamente di mano in mano che l'asfissia cagiona anche quella del cuore.

Delle Paralisi traumatiche. — Queste dipendono da contusioni o da schiacciamenti subiti da un nervo o da un muscolo oppure dalla loro compressione fatta da un coagulo sanguigno o da un essudato. Sono sempre localizzate nella regione dove si distribuiscono i rami provenienti dal tronco del nervo affetto e sul muscolo, e guariscono in seguito dell'assorbimento dei coaguli e degli essudati e del ripristinamento del tessuto che permette l'esercizio della funzione.

Le paralisi traumatiche dei neonati hanno origine quasi sempre da cadute, colpi o manovre manuali o con strumenti, eseguite per effettuare

il parto. Così possiamo avere la paralisi di quasi tutti i muscoli dell'arto superiore se venne compresso il plesso brachiale, degli arti inferiori se durante un rivolgimento subì un'eccessiva torsione la colonna vertebrale in modo da ledere la regione lombare del midollo spinale. Può essere paralizzato il deltoide ed anche altri muscoli della spalla se il braccio rimase impegnato sul pube durante la discesa o l'estrazione della testa e così di seguito.

In questi casi è abolito solo il movimento dell'arto sul quale è inserito il muscolo e non la sensibilità; ma se questa manca possiamo essere certi che anche il nervo subì qualche contusione o delle lacerazioni nel suo tessuto.

Delle Paralisi d'origine craniana. — Queste dipendono da colpi o da cadute sulla testa che sono seguiti da versamenti sanguigni, ora nella convessità degli emisferi, ora nel loro tessuto, altre volte nella base, oppure da tumore, tubercoli, ecc., guariscono dopo la risoluzione della malattia primaria e se le lesioni prodotte non alterarono la tessitura degli organi contenuti nel cranio.

Della cura delle paralisi. — La cura va fatta non solamente in modo adatto alla natura della paralisi, ma ancora delle malattie che l'hanno prossimamente preceduta o l'accompagnano, di quelle che nel caso concreto si suppongono possibili d'esserne la causa, non dimenticando le diatesi congenite o acquisite, e, non esistendo queste, badando alla costituzione dell'ammalato nel tempo in cui si fa la cura.

Alcune paralisi in sul principio sono accompagnate o precedute da uno stato febbrile di corta durata ordinariamente, il quale ha tutti i caratteri d'una febbre reumatica. Per cui in tali circostanze sono indicati i diaforetici a larga dose tenendo il bambino a letto per alcuni giorni ben riscaldato e in un ambiente d'aria tiepida, tanto più se risulti che l'ammalato sia stato esposto a correnti d'aria fredda o umida, o non coperto in modo adatto alla stagione, o stette seduto a lungo colle membra scoperte su di una nuda pietra, e così di seguito. I bagni caldi di breve durata sono anche diretti allo stesso scopo per il quale si fanno seguire da fregazioni d'olio canforato, di balsamo di opodeldoch liquido o concreto, del balsamo di vita di Hofman e dei vari altri irritanti ed eccitanti la circolazione cutanea. Dopo di essi è utile il massaggio dopo il quale si circonderà il membro con pezzi di lana calda e profumata.

Alcuni pratici usano eziandio i bagni aromatici:

P. Erbe aromatiche . . . . gr. 200
s. f. s. in fus. a caldo alla colatura . . » 2000
(Da aggiungersi all'acqua del bagno già preparato).

I bagni di mare o di sali marini, di cloruro di sodio, di solfuro di potassio, si usano anche per curare le paralisi infantili, ma il loro effetto si dirige di più alla costituzione del bambino, e sono indicati specialmente a quelli la cui nutrizione è torpida e inerte.

Trattandosi delle dosi dei suddetti sali per ogni bagno, rimando il lettore al paragrafo dei rimedi risolventi nella parte terapeutica.

L'idroterapia si può usare sotto forma di spugnature, doccie fredde lungo il dorso mentre il bambino sta seduto in un vaso pieno d'acqua fredda. Ed affinchè durante queste operazioni non avvengano congestioni secondarie al capo, lo si coprirà con pezzuole bagnate d'acqua fredda.

Il sciroppo del Gybert, di ioduro di ferro o gli altri preparati di iodio sono anche indicati e di molto vantaggio se vi furono dei precedenti sifilitici o degli essudati la cui risoluzione va eccitata essendo lenta.

L'elettricità è il sovrano rimedio delle paralisi dei bambini sia sotto la forma della corrente indotta, quanto della continua. Si abbia solo l'avvertenza di fare da principio delle sedute molto corte e di usare correnti debolissime.

La noce vomica e la stricnina sono pure indicate nelle paralisi infantili, e si somministra la prima alla dose di due centigrammi al giorno in due o tre volte, all'età di tre o quattro anni. Della medesima più tardi se ne può dare anche il doppio sospendendo di quando in quando il rimedio per l'azione cumulativa dell'alcaloide che contiene.

Si prescrive in questo modo:

P. Noce vomica finiss. polv. . . . centigr. venti
Zuccaro bianco polverato . . . » quaranta
(s. m. e si divida in venti dosi eguali, cominciando da due al giorno, da prendersi durante il pasto).

Siccome la cura delle paralisi infantili va accompagnata da quella ricostituente, così si può associare il ferro alla noce vomica, come:

P. Lattato di ferro . . . . . . grammi uno
Noce vomica finamente polverata centigr. quaranta
(s. m. e si divida in venti dosi eguali, due al giorno a cinque anni).

Si può anche unire il ferro al fosfato di calce, come:

P. Lattato di ferro . . . . . . grammi uno
Fosfato di calce . . . . . . » quattro
(s. m. e si divida in venti dosi eguali, tre al giorno a sette od otto anni, con ostie).

Se poi si volesse curare il bambino colla stricnina, della quale si

possono separare le dosi precise, ciò che non è possibile somministrando la noce vomica, la si prescriverebbe nel seguente modo:

P. Solfato di stricnina . . . . . centigr. uno
Acqua distillata . . . . . . grammi dieci.

Ogni due goccie di questa soluzione contengono un decimilligramma. Per cui supponendo che il bambino da curare abbia tre anni si comincierebbe da questa dose che si farebbe sciogliere in due o tre cucchiaini d'acqua zuccherata e si somministrerebbero lungo il giorno e prima del pasto.

Questo rimedio non controindica la contemporanea somministrazione del fosfato di calce, del ferro, ecc., e tanto coll'uno quanto coll'altro si può anche unire separatamente, come si vede dalle formole seguenti:

P. Solfato di stricnina . . . . . milligr. uno
Lattato di ferro o fosfato di calce . grammi tre
(s. m. e si divida in trenta dosi uguali, d. p. due al giorno a tre anni, tre a cinque anni, quattro a sette anni, e così di seguito prima del pasto, sospendendo il rimedio ogni sei o sette giorni per l'azione cumulativa che esso dimostra).

Dell'Insonnia nei bambini. — L'insonnia è uno stato morboso che non costituisce una malattia per se stessa, ma è tanto frequente il lamento che le madri di famiglia e le nutrici fanno del medesimo, e il modo di cura di essa seguito dai farmacisti consultati così banale e indegno degli effetti e dell'alta funzionalità dell'organo che richiede la cura medica, che ho voluto dedicare alle sue cause e alla cura da farsi, un paragrafo apposito, nel quale, con buona venia del lettore, esporrò il mio modo di vedere anche per quello che riguarda il sonno dei bambini.

Trattandosi della sua cura, occorrono non solamente delle diligenti ricerche sulla natura delle cause, ma ancora sulle condizioni anatomopatologiche del cervello, onde il medico si trovi in grado di scegliere il rimedio capace di produrre nell'intima compage dei suoi elementi anatomici la modificazione speciale diretta ad ottenere l'effetto fisiologico desiderato. Ma lo stato morboso che porta questo nome dipende da troppe cause fra di loro soverchiamente disparate, escluse non di raro dall'osservazione e dalla vigilanza del medico, ognuna delle quali naturalmente è accompagnata da alterazioni anatomopatologiche distinte, non verificabili durante la vita e non sempre dopo la morte, per cui il pratico più osservatore, diligente e studioso, non deve meravigliarsi se talvolta si trova nell'impotenza di curare la malattia. Nè crediamo di aver fatto più degli altri

allorquando abbiamo curato un catarro gastrico o enterico, con vantaggio, la cui guarigione, che provvisoriamente permise il sonno al bambino per alcune notti, fu senza effetto giacchè l'insonnia a lungo andare è causa essa stessa di malattie del tubo digerente e dell'organo cardiaco per l'esaurimento nervoso che dai centri si propaga gradatamente a tutti gli organi, indebolendo ogni loro funzione cominciando dalla nutritiva.

Nè ci sfugga mai, nemmeno per caritatevole compiacenza, la prescrizione d'una medicina narcotica senza esaminare bene l'organismo affetto da tale condizione morbosa, nè escludere le osservazioni delle madri che distratte e impensierite dall'insonnia del bambino, non badano a rispondere a tempo e a tono alle domande del medico e si oppongono perfino all'esame dell'ammalato. Non voglio dire con questo che un narcotico dato in tali condizioni avveleni l'ammalato, nè produca nel suo organismo degli effetti anche leggiermente deleteri: giacchè ogni medico che prescrive una medicina, ne invigila eziandio gli effetti, nè posso credere che il pubblico intelligente ricorra ad altri più che ad esso per ottenere la guarigione del bambino. D'altra parte il medico è pur sempre uno scienziato anche allorquando mancano regole terapeutiche regolatrici della sua condotta, giacchè non gli mancano mai i fatti già successi che formano la propria esperienza, nè il consiglio degli amici e dei colleghi.

Se per continuare il discorso, per un momento interrotto, ci occupiamo a indagare quale possa essere il reperto anatomopatologico cerebrale d'un bambino che soffre d'insonnia perchè affetto da catarro gastrico o enterico, o perchè fa troppe indigestioni, vaghiamo sicuramente nell'incertezza trattandosi di interpretare i fatti, giacchè l'eccessiva pienezza degli organi addominali attrae, per così dire, verso i medesimi e nel loro interno una grande quantità di sangue destinato a produrre una quantità più grande di succhi digestivi e da questa derivazione, come si chiamerebbe in terapeutica, deriva anemia alle estremità del corpo e con esse della testa. Possiamo eziandio attribuire l'indisposizione di cui si parla al fatto che nei capillari dell'encefalo di questi bambini scorre un sangue molto carico di materiali solidi, più denso dell'ordinario, oppure che continui prodotti di fermentazione anomala vengano portati nel suddetto organo i quali debbono alterarne la funzione. Vediamo quindi quali e quante interpretazioni si potrebbero dare ai fatti che costituiscono la causa dell'insonnia e come sarebbero reciprocamente numerose le deduzioni terapeutiche. Per cui, partendo dal principio ammesso senz'altro da tutti i pratici che l'insonnia idiopatica è rarissima, che è quella la quale andrebbe curata essenzialmente coi narcotici, quella che è secondaria,

dipendendo da un'altra malattia, ne segue l'andamento e le fasi e cessa ordinariamente colla guarigione della medesima. E soltanto in questo caso saremo in dovere di prescrivere i narcotici, locali o generali, allorquando l'insonnia esaurisce l'economia animale, alterando profondamente la nutrizione e favorendo quindi il marasmo. Non parlo qui dei casi in cui il sonno è disturbato o impedito da un violento dolore nevralgico, dalla lunga durata del quale verrebbe esaurita completamente l'attività cerebrale e messo l'organismo in fin di vita; nè dei dolori colici notturni sofferti dai bambini che prendono troppo nutrimento, i quali più che dai narcotici vengono calmati in modo più utile e più efficace da molti altri rimedi.

E poichè siamo nel discorso, permetta l'egregio lettore che prima di terminare questo paragrafo io manifesti le mie idee su di quanto si riferisce al sonno del neonato. Esaminiamolo mentre egli si trova in tale stato. Se facciamo eccezione di qualche movimento intercorrente impresso, non sappiamo per quale causa, a qualche dito, di una mano o di un piede, la sua immobilità è assoluta e la vita dei sensi è talmente abolita che non basta a svegliarlo un rumore insolito, un'improvvisa luce che colpisca gli occhi attraverso le sottilissime palpebre, e neppure una mosca, mi perdoni il lettore il fatto triviale, che solletichi la sua guancia camminandovi a sbalzi di sopra: i movimenti della respirazione sono assai superficiali, rari e lenti e talvolta sembrano sospesi, il polso è piccolissimo e lento, e alcune volte appena percettibile o non lo è del tutto. La fontanella anteriore e superiore si solleva leggiermente e più lentamente dell'usato senza pulsare ed è depressibile più che nelle condizioni diverse.

Se regolandoci da questi fatti volessimo indagare quanto succede in tali condizioni negli organi contenuti nella cavità craniana, le nostre deduzioni sarebbero le seguenti. La depressione della membrana della fontanella unita al suo rilasciamento, per cui sembra quasi applicata sul contenuto craniano, ci fa credere ad una diminuzione del medesimo. Ci lascia però ancora nel dubbio se essa si riferisca al liquido o all'organo involto da esso oppure a tutti e due. E pensando che il sonno del bambino lattante succede dopo il pasto e non è provocato da stanchezza nè degli organi dei sensi, nè dell'organo intellettuale e meno ancora dal lavoro muscolare, ci viene naturalmente l'idea che dipenda da una sottrazione di liquido fatta dallo stesso sangue per il bisogno di fornirne in sufficiente quantità alle secrezioni che durante la digestione debbono prodursi nel canale alimentare in abbondanza. Ma in questo caso gli emisferi cerebrali, facili come sono a dilatarsi, occuperebbero, spinti internamente dall'ondata sanguigna, il posto abbandonato dal liquido che prese altra via come succede

appunto fisiologicamente nel movimento circolatorio del liquido rachidiano il quale passa alternativamente dalla cavità craniana allo speco vertebrale in più o meno grande quantità e con maggiore o minore rapidità secondo la potenza delle forze che lo sollecitano. Per cui le membrane delle fontanelle si troverebbero in posizione normale, quindi più tese e trasmetterebbero le vibrazioni ricevute intermediariamente dal liquido encefalico. Ma siccome abbiamo verificato coll'esame digitale che la fontanella è rilasciata, che la sua pulsazione è insensibile e che è dotata solamente da un piccolo movimento di sollevazione e di abbassamento facciamo un'altra deduzione, ed è questa che una piccola ondata è mandata dal cuore nell'interno della cavità e ne esce, per cui è minima la turgidità subita dall'encefalo durante le sistole cardiache, nè le inspirazioni sono abbastanza ampie per rallentare nel loro finire la circolazione craniana nel ritorno e quindi per aumentarla. E siccome la quantità del sangue contenuto in un dato istante negli emisferi cerebrali e la rapidità con cui scorre e il grado di dilatazione che subiscono i capillari dipendono dalla forza della sistole cardiaca, dalla rapidità del suo movimento, dal vuotarsi completamente del cuore ed infine dal rallentamento indotto dal primo atto respiratorio il quale permette che il sangue penetri per ogni dove negli organi encefalici ne deriva la conseguenza che durante il sonno del bambino gli emisferi cerebrali devono essere, per così dire, flosci, cadenti su di se stessi; pochissimo irrorati di sangue che circola con molta lentezza, se pure non vi sono regioni in cui vi è stasi sanguigna. Non possiamo dubitare per nulla che questa lentezza circolatoria la quale avviene durante la digestione intestinale e quindi coll'assorbimento non serva a provvedere l'organo dei materiali necessari al consecutivo e continuo sviluppo nei lattanti in cui le funzioni encefaliche sono limitate a ripararne le perdite sostituendo i materiali usati ed eliminati negli altri. Quindi trattandosi di bambini lattanti possiamo dire che non è soltanto provato dal ragionamento ma ancora dal fatto che il sonno fisiologico è accompagnato da anemia cerebrale assoluta in quanto che il sangue abbandonando, come già abbiamo detto, in parte la testa e le estremità si accumula nel parenchima e alla periferia degli organi addominali. E che la replezione di questi organi possa essere la causa del sonno nei lattanti è provato dal fatto che assumono delle quantità relativamente sproporzionate di nutrimento le quali richiedono una digestione molto laboriosa e prolungata che possiamo quasi chiamare continua, come continuo è l'assorbimento pari allo sviluppo incessante del corpo.

Che poi il sonno dei bambini più avanzati in età e degli adulti si

compia sotto le medesime condizioni non dobbiamo dubitare giacchè se ne possono verificare le principali che sono la debolezza della respirazione e del polso che inducono nella circolazione encefalica gli stessi cangiamenti di cui abbiamo fatto parola. Se nonchè i capillari degli organi intracraniani subendo coll'evoluzione dell'età una minore dilatazione, ed essendo più compatto l'organo di mano in mano che raggiunge il suo sviluppo completo non perde un egual grado di turgidità durante la diastole cardiaca e il principio di ogni inspirazione. Ed anche la quantità di liquido cefalorachidiano che alternativamente passa dallo speco vertebrale nella cavità encefalica sarà di gran lunga relativamente minore.

CAPITOLO XVI.

Della Nefrite acuta e cronica — Della Calcolosi renale e vescicale e della Colica renale — Dell'Enuresi notturna — Del Prurito vulvare — Della cura di queste malattie.

Della Nefrite acuta e cronica. — Allorquando questa malattia avviene idiopaticamente è cosa assai rara che il medico si trovi in caso di farne la diagnosi e stabilirne la cura fin dal suo esordire, giacchè il dolore locale manca in sul principio, oppure è leggiero e non continuo e l'unico sintomo, che è la graduale diminuzione dell'orina, sfugge all'osservazione delle famiglie o non è tenuto in conto per cui quando egli viene chiamato il bambino presenta già gli edemi iniziali alle estremità o alla faccia, unitamente al pallore dei tegumenti. E qualche volta l'addome è anche teso e tumefatto per raccolta di liquido nella cavità peritoneale o di gas in eccessiva quantità per la complicazione del catarro enterico lento. Contemporaneamente si osserva come le orine sono scarse, scure, torbide per essere molto concentrate per la scarsità dell'acqua, per contenere del muco, dei corpuscoli sanguigni, degli epitelii, ed infine dell'albumina. E se si tratta della nefrite parenchimatosa il microscopio ci mostra fin d'allora i cilindretti fibrinosi caratteristici.

I bambini già grandicelli accusano inoltre un forte dolore alla regione lombare che si esacerba coi movimenti del tronco, colla pressione manuale e col decubito dorsale, e si estende talvolta all'addome e alle coscie.

La scarsità delle orine è relativa all'estensione del processo morboso, cioè all'essere un solo o tutti e due i reni impigliati nel processo morboso: ma questo fatto non sempre aumenta l'importanza della malattia, che alcune volte si dimostra coi sintomi più gravi sebbene un solo rene sia ammalato.

I fatti consecutivi a questo processo morboso dipendono dalla scarsa secrezione operata dai reni per cui l'urea è trattenuta nel sangue e si trasforma in carbonato d'ammoniaca, e appunto per questo insorgono dei fenomeni che si manifestano ora con convulsioni, talvolta con prostrazione di forze, sopore, coma, altre volte con vertigini, delirii, ecc.

La formazione d'un ascesso è manifestata dalla maggior violenza del dolore alla regione renale, e dall'aumento della temperatura che d'allora in poi assume il tipo intermittente irregolare.

Il catarro enterico accompagna la maggior parte delle volte questa malattia nei bambini. Il vomito non è un sintomo costante e talvolta precede la malattia, talvolta si osserva intercorrentemente nel suo decorso. Ed è prodotto probabilmente dagli stiracchiamenti subiti dal peritoneo durante le successive tumefazioni alle quali vengono sottoposte le varie parti dell'organo ammalato e dalle flussioni secondarie che ad esso si dirigono.

La morte avviene nella maggior parte dei casi per l'avvelenamento del sangue e dei tessuti causato dal carbonato d'ammoniaca, altre volte per la complicazione dell'idropericardio per l'inceppamento fatto alla respirazione dall'aumentato contenuto della cavità addominale oltre alle cause dette di sopra, per esaurimento febbrile, pioemia o per complicazioni di natura assai diversa come sarebbero la broncopolmonite, la pleurite, l'endocardite, ed infine la peritonite.

La nefrite dei bambini segue talvolta le malattie infettive acute e specialmente la difterite, la scarlattina e la febbre tifoidea. Può anche essere prodotta da cause reumatiche. Si osserva altresì frequentemente in bambini affetti da qualche malattia costituzionale come sarebbero la scrofola pastacea e il rachitismo, come non di rado la curai in bambini eccessivamente tormentati da fatiche intellettuali.

Nei lattanti l'autopsia, oltre alle altre lesioni comuni con quelle osservate negli adulti, dimostra qualche volta la trombosi dei seni della duramadre e l'edema del cervello.

In alcuni bambini la nefrite assume fin dal principio la forma cronica ed allora l'intensità dei sintomi manifestati durante il decorso è assai diminuita. Allora l'orina non diventa mai così scarsa come si è detto prima, gli edemi non sono molto pronunziati e talvolta si risolvono passando da una regione all'altra del corpo o cessano di comparire durante un certo tempo o si osservano di nuovo allorquando la malattia va aggravandosi. Rimane però sempre dell'albumina nelle orine, mentre il bambino va successivamente diventando anemico e denutrendosi. Le digestioni si compiono difficilmente anche per le sostanze facilmente digeribili; avviene quindi frequentemente il vomito, dolore alla regione epigastrica molto ostinato, catarro enterico lento e talvolta incurabile. In alcuni casi l'endocardite interviene a complicare tale stato di cose e con esso degli accessi di palpitazione, dei disturbi respiratorii ed encefalici i quali si manifestano con vertigini o dolori al capo.

Durante il suo decorso la nefrite cronica può riacutizzarsi venendo il bambino esposto a cause reumatiche o di altra natura e debilitanti del sistema nervoso, come sarebbe a cagion d'esempio il pretendere che compia lavori intellettuali non adatti alla sua capacità o al suo stato di salute ed allora è una fra le più grandi rarità se la malattia non termina con esito letale.

La nefrite cronica dura talvolta anche parecchi anni.

Il pronostico è sempre molto riservato tanto nella forma acuta quanto nella cronica, giacchè dipende da un'immensa varietà di cause e di complicazioni.

L'orina va esaminata frequentemente nei bambini anche nel solo dubbio che la nefrite debba complicare delle altre malattie.

Si può così fare una diagnosi precisa, non solo verificando la quantità giornaliera dell'albumina ma ancora osservando la natura dei cilindri presentati dal microscopio i quali, secondochè sono fibrinosi o epiteliali, ci fanno diagnosticare la nefrite parenchimatosa o la catarrale. E la cura va istituita immediatamente dal momento in cui sono verificati questi fatti e anche quando la quantità dell'orina non va ancora sensibilmente diminuendo nè siansi già manifestati gli edemi. In questo caso, tenendo conto dell'anemia e della denutrizione del bambino, va prescritta la dieta lattea e se le vie digerenti lo permettono anche il ferro, sotto forma preferibilmente delle acque minerali. Si sospenderà ogni occupazione intellettuale, per quanto lieve possa essere: e il bambino dovrà condurre una vita assolutamente tranquilla, priva di eccitazioni d'ogni sorta e ben adatta nelle abitudini al clima e all'influenza delle stagioni.

Appena diminuisca l'orina e compaiano gli edemi vanno messi immediatamente in opera i bagni tiepidi prolungati per eccitare l'azione cutanea che fin ad un certo punto surroga la deficiente funzione renale. Dopo dei quali si farà il massaggio su di tutta la superficie del corpo con pezzi di lana scaldati e intrisi d'olio. Così si cercherà di supplire con un'abbondantissima secrezione di sudore alla scarsa secrezione d'orina. Ciò che però non sempre si ottiene.

Il massaggio può anche farsi senza avere immerso primieramente il corpo del bambino nel bagno ed allora si fa eseguire ordinariamente per mezzo di flanelle profumate con essenze aromatiche o balsamo di opodeldoch concreto o liquido.

I bagni solforosi come eccitanti l'azione cutanea sono anche indicati ma non posseggono l'eguale attività.

La pilocarpina è indicata come eccitante varie secrezioni di natura

sierosa senza aumentare direttamente l'azione cardiaca. Ulteriori osservazioni tenderebbero a provare come l'uso continuato di questo rimedio deprima l'azione cardiaca.

Gli atroci dolori renali che aumentano colla pressione manuale, coi movimenti del tronco, ecc., si diminuiscono coi bagni tiepidi prolungati, coll'applicazione d'una vescica di ghiaccio, di pezzuole bagnate d'acqua fredda, se sono tollerate dagli ammalati; oppure coll'applicazione ripetuta di cataplasmi caldi narcotici.

La febbre va curata coi bagni tiepidi, oppure col chinino sciolto nell'acqua e dato epicraticamente o nel decotto di scorza di china ovvero col salicilato di soda.

Si devono evitare in sul principio della malattia gli eccitanti onde non aumentare l'azione cardiaca e promuovere delle flussioni sanguigne verso le parti ammalate che vanno tenute il più possibilmente in riposo.

Per lo stesso motivo vanno schivati i diuretici.

La dieta deve essere lattea e va prescritta a quantità piccole e frequenti e il latte da somministrarsi al bambino va scremato e diluito per renderlo più digeribile. E per sostenere l'azione del cuore si somministra di quando in quando qualche po' di brodo freddo ristretto e magro.

I purganti si prescrivono sia per vuotare gli intestini quanto per esercitare un'azione rivulsiva sui reni. Fra di essi si scelga l'olio di ricino, il calomelano, la tintura vinosa o acqua di rabarbaro, la magnesia calcinata, ecc. Si debbono sempre schivare quelli che venendo assorbiti possono esercitare un'azione irritante sugli organi ammalati.

Verso il finire della malattia in cui diminiscono i dolori renali, vanno aumentando le orine, diventeranno inutili i bagni e molto più vantaggiosi i diuretici i quali unitamente al massaggio ed all'alimentazione gradatamente crescente per il cessare della febbre ed il migliorare dello stato delle vie digerenti serviranno a far risolvere gli edemi ed i versamenti splancnici.

Le emorragie renali che nei bambini hanno sempre poca importanza si cureranno cogli astringenti tannici i quali serviranno eziandio a moderare la continua eliminazione dell'albumina.

La prescrizione si fa nel modo seguente:

P. Acido tannico . . . . grammi mezzo, uno
s. s. in acqua calda . . » cento, centocinquanta
Sciroppo comune . . . » quindici, venti

(Un cucchiaino ogni quattro, tre, due ore rispettivamente dell'età di un anno e mezzo fino ai cinque anni).

Le convulsioni dipendenti dall'infezione uremica si curano coi bagni solitamente tiepidi prolungati o col cloralio e bromuro di potassio, avendo però riguardo allo stato depresso del sistema nervoso e circolatorio onde non peggiorarlo con questi rimedi. Si metterà inoltre il berretto a corrente continua d'acqua fredda sul capo e si somministreranno dei clisteri irritanti per avere un effetto rivulsivo.

Se il ragazzo è abbastanza robusto per superare la malattia, rimarranno dopo di essa gli edemi ed una profonda anemia e prostrazione di forze. Con tutti i sussidi offerti dalla cura ricostituente unitamente all'aria di montagna si cureranno tali conseguenze.

Gli edemi delle estremità scompaiono con questi mezzi qualche volta aiutati dai diuretici; in caso contrario vanno curati col massaggio continuato per molte settimane di seguito colle mani unte d'olio caldo e coprendo poi le parti con flanelle calde profumate.

Della Calcolosi renale e vescicale e della Colica renale. — La produzione di arenelle di acido urico tanto nei lattanti quanto nei bambini di alcnni anni è meno frequente di quanto sembra e si verifichi mediante la giornaliera osservazione. Ed è dovuta probabilmente alla introduzione di sostanze azotate in quantità superiore ai bisogni dell'organismo le quali vengono quindi eliminate sotto forma di urea e di acido urico senza essere primitivamente trasformate in tessuti per cui la loro quantità riesce eccessiva.

L'urea è solubilissima, quindi è evidente che per quanto possa diventare concentrata la sua soluzione non si depositerà mai per formare dei sedimenti. Ma l'acido urico il quale richiede una quantità di acqua equivalente a circa 1400 volte il suo peso per sciogliersi è evidente che si depositerà sotto forma di cristalli, tutte le volte che sarà prodotto in eccesso relativamente al solvente o sarà inferiore al normale la quantità di questo.

L'emissione dell'orina nei bambini, sebbene sia compiuta dalle stesse forze le quali presiedono al compimento della stessa funzione negli adulti, tuttavia presenta delle differenze dovute alla diversa costituzione anatomica ed al mancante sviluppo dei diversi organi costituenti l'apparecchio uropoietico.

Difatti gli ureteri hanno un diametro relativamente più largo, e una posizione più verticale e sono più rettilinei. Sboccano, anche nei neonati, obliquamente nel bassofondo della vescica e la loro estremità inferiore si trova eziandio nei ragazzi d'alcuni anni di vita avvolta dai muscoli che rinforzano le pareti laterali inferiori ed il fondo della vescica. Ma a

cagione della poca tonicità dello sfintere uretrale nei bambini non si fanno mai eccessive replezioni vescicali che possano far combaciare le estremità inferiori degli ureteri mentre stanno per sboccare nella vescica, in modo da chiuderli. Gli stessi muscoli i quali sono tanto necessari nell'adulto per spingere nell'uretra le ultime goccie d'orina, sono eziandio poco sviluppati nei bambini, e quindi non sono ancora adatti alla loro funzione, tanto più che il fondo della loro vescica non è diretto come negli adulti in dietro ed in basso, ma in direzione opposta, cioè in dietro ed in alto; ciò che favorisce l'uscita dell'orina per poco che serva l'azione del detrusore.

Altra particolarità anatomica è questa che i bambini hanno l'uretra proporzionatamente più larga, più corta e meno curva di quella degli adulti; la sua apertura vescicale è più ampia, circolare e fatta ad imbuto.

Per tutte queste disposizioni anatomiche è favorita più l'eliminazione dell'orina che non il suo accumulamento nella vescica.

Sono questi i motivi pei quali l'orinazione si fa frequentemente nei bambini e dopo di essa la vescica trovasi completamente vuotata se orinano nella posizione eretta; per cui le arenelle d'acido urico possono penetrare senza incontrare ostacoli negli ureteri e nella vescica, e vengono con facilità meccanicamente espulse.

Può succedere però che durando a lungo il loro passaggio vengano irritate le vie orinarie, oppure che per queste ed altre cause venga prodotto del muco in quantità eccessiva, il quale arresta dei granelli i quali si depongono successivamente ora sulla parete degli ureteri ora sul fondo della vescica e fra il loro sbocco dove è minore la corrente d'uscita e d'entrata per cui può conservarsi a lungo bagnata di orina e coperta di mucosità.

Le concrezioni di acido urico possono accumularsi in modo da otturare un uretere tanto gradatamente quanto improvvisamente e anche da incunearsi e rimanere a lungo nella medesima posizione a guisa di un calcolo.

Le concrezioni contenute nei calici renali se non sono voluminose dopo essere staccate vengono trascinate in basso dallo scolo dell'orina e dal proprio peso.

I bambini in cui le vie orinarie sono ingombre in questo modo soffrono fortissimi dolori alla regione lombare i quali aumentano colla pressione, coi movimenti del tronco e coi movimenti di traslazione subiti dal calcolo irradiandosi fino alla regione addominale.

Vengono ad accessi e non di raro sono accompagnati da movimenti convulsivi e dipendono anche dall'ostacolo che incontra l'orina nel discen-

dere verso la vescica ed oltre al suo rigurgito che si fa verso il rene sappiamo che l'uretere subisce una dilatazione al disopra dell'ostacolo a cagione della continua secrezione d'orina. Vi è poi ancora un altro dolore il quale non viene ad accessi ma è continuo e localizzato ed è dipendente dall'infiammazione eccitata nel tessuto circostante dalle conglomerazioni uriche per cui vi sarà produzione di pus, emorragie dipendenti dalla rottura di capillari nelle regioni in cui l'uretere subì una gravissima dilatazione e dalle escoriazioni fatte dalle concrezioni nel discendere.

Altri sintomi sono i vomiti durante gli accessi, ed i premiti addominali.

L'orina si mostra ora abbondante, ora scarsa, ora limpidissima, ora tinta in rosso bruno o aranciato in intervalli irregolari e di varia durata.

La diagnosi presuntiva della calcolosi renale è dedotta dalla presenza di pus, di globuli sanguigni e di albumina nelle orine, ma non conviene mai pronunziarsi definitivamente fintantochè non siasi verificata la loro acidità e convinti che sia aumentata e riconosciuti i cristalli di acido urico nelle arenelle.

I sintomi prodotti dai calcoli vescicali sono diversi. Se il calcolo è mobile può produrre dei dolori nella regione vescicale durante certi movimenti del tronco, come nell'abbassarsi del torace in avanti, nel saltare, nel correre, nella orinazione che esso può sospendere, se viene spinto contro l'orificio uretrale della vescica, nella defecazione, ecc.

Se invece il calcolo è fisso mancano questi sintomi; non mancano però mai questi altri che accompagnano sempre il calcolo della vescica: e sono frequenti emorragie uretrali, un molesto prurito alla punta del ghiande per il quale i ragazzi prendono l'abitudine di stiracchiarsi il pene colle mani; il tenesmo nell'orinazione, nella defecazione, il prolasso del retto ed infine una sensazione di peso accusata dai ragazzi già avanzati negli anni, nella regione perineale anteriore.

La colica renale, ove non si facesse l'esame delle orine, si potrebbe scambiare dapprima colla colica intestinale che accompagna il catarro enterico acuto a cagione del tenesmo nel defecare e tanto più facilmente se fosse accompagnato da diarrea, ed a cagione del vomito si può anche scambiare col catarro gastrico, giacchè avviene quasi sempre durante gli accessi.

La colica renale va curata cogli antispasmodici, coi bagni tiepidi prolungati, coll'applicazione di sostanze narcotiche nella regione renale o del freddo, se è sopportato, in ragazzi d'alcuni anni per mezzo di com-

presse bagnate e bene spremute e rinnovate spesso o con una vescica di ghiaccio.

I bagni servono eziandio a curare gli accessi convulsivi, se intervengono a complicare la sua malattia da soli o unitamente al cloralio o al bromuro di potassio o al succinato di ammoniaca.

Si riduca inoltre al minimo la quantità del nutrimento se si tratta di lattanti che soffrono queste arenelle, o riducendo il numero o la durata, delle volte che è messo al capezzolo o tutti e due, oppure diminuendo la quantità dei principii nutritivi del latte restringendo la dieta della nutrice o permettendole alimenti azotati in proporzione minore, e non bastando a questo scopo si prescrivano bevande diluenti e di quando in quando qualche leggiero purgante.

Si somministri fino alla guarigione al bambino affetto da arenella urica dell'acqua di calce, del bicarbonato di soda in soluzione diluita, o in sua vece dell'acqua di Vichy o di Vals. Lo stesso si faccia per i più avanzati nell'età.

Si badi eziandio, relativamente a questi, se per una male intesa cura della famiglia facciano un eccessivo consumo di sostanze azotate, non adatto alla loro età ed alle poche fatiche compiute giornalmente. Se così fosse si restringa o si sospenda il loro uso, si introduca un po' di verdura nei loro pasti e si obblighino a lunghe passeggiate onde eccitare il consumo, al quale scopo serve anche assai bene la cura prolungata del ioduro di potassio a dosi piccole e divise giornalmente.

L'estrazione del calcolo dalla vescica si fa mediante il taglio mediano e quello lateralizzato. Si usa generalmente il primo per essere assai piccoli i calcoli vescicali dei ragazzi. L'unico pericolo che si correrebbe nel fare questa operazione è l'offendere il peritoneo ed il retto dopo aver tagliato la prostata. Nel lateralizzato si offre lo stesso pericolo se il taglio è diretto troppo internamente o troppo indietro: se poi la sua direzione è troppo esterna si può tagliare invece l'arteria pudenda interna ed anche uno dei canali eiaculatori, per cui sarebbe compromessa in parte la facoltà generativa del ragazzo fatto uomo.

Dell'Enuresi notturna dei bambini. — È una malattia molto frequente e comune dell'infanzia. Possono esserne affetti tanto i robusti quanto i delicati, sebbene questi lo siano in maggior numero. La sua causa essenziale è ancora in discussione fra i pratici.

L'orina è trattenuta nel serbatoio vescicale per mezzo della resistenza che oppone alla sua uscita lo sfintere uretrale di cui la tonicità va superata dal detrusore, la contrattilità dal quale va aumentando di mano in

mano che l'orina si accumula nella vescica. Ma allorquando l'equilibrio delle due forze sta per rompersi, alla tonicità dello sfintere a fibre liscie si unisce la forza contrattile di quello a fibre striate soggetto alla volontà e così può venire ancora tardata l'emissione fintantochè il tenesmo vescicale diventando doloroso l'individuo si dispone a compiere un tale atto.

Da ciò si vede come lo sfintere a fibre liscie sia potentemente aiutato a compiere la sua normale funzione da quello a fibre striate e come questo aiuto sia di tanto maggiore importanza quanto più quello si trova debole o per difettoso sviluppo o inerzia di funzione.

Ma abolita l'attività cerebrale, che è quanto dire l'influenza della volontà, l'orina verrà emessa o ritenuta in vescica secondo l'azione predominante del detrusore o del suo antagonista.

Per cui se la sua tonicità è sufficiente per opporsi all'uscita della massima quantità di orina che può essere contenuta nella vescica, questa funzionerà normalmente e la sensazione dell'eccessiva pienezza può persino disturbare il sonno essendo trasmessa all'organo centrale. Ma se questo non succede prevale l'azione del detrusore per cui succede il vuotamento della vescica, il quale in ogni caso è sempre completo per la mancanza dell'impulso volitivo emanato dall'attività cerebrale a meno che nel frattempo il bambino si svegli. Contemporaneamente entra anche la pressione addominale come coordinante di quella del detrusore.

Ora siccome il vuotamento della vescica si fa come tutte le altre funzioni muscolari per causa riflessa è cosa naturale che l'esagerata sensibilità della mucosa la faccia compiere più frequentemente e con maggiore energia eccitando le fibre del detrusore per cui la vescica si vuoterà anche dopo essere stata ripiena di una piccolissima quantità d'orina.

Laonde possiamo stabilire esservi due forme d'incontinenza d'orina nei bambini: la prima dipendente dall'iperestesia vescicale è prodotta dallo spasmo del detrusore; la seconda dall'insufficienza d'azione dello sfintere a fibre liscie.

I ragazzi affetti dalla prima sentono anche lungo il giorno il bisogno di orinare frequentemente.

In quelli affetti dalla seconda forma, lo sfintere volontario, lungo il giorno, sostiene l'azione dell'altro, per cui è cosa naturale che il vuotamento involontario della vescica avvenga solo durante il sonno, sia diurno che notturno, o nei casi in cui uno spavento o un' emozione morale abolisca, anche per un solo istante, l'influenza cerebrale.

È bensì vero che anche nei bambini affetti dall'incontinenza d'orina della prima forma, si può supporre un'insufficienza d'azione dello sfintere

vescicale, ma questa maniera di vedere, più che dal modo con cui si compie la funzione vescicale risulta dalla cura fatta e dai rimedi coll'uso dei quali si ottenne o il miglioramento o la guarigione completa della malattia.

In quanto alle cause ricordo che l'enuresi notturna può venire prodotta dall'aumento eccessivo d'acidità che subiscono le orine segregate durante la notte, per cui esercitano una irritazione maggiore del normale sulle terminazioni sensibili dei nervi che si distribuiscono alla mucosa, che non si può mettere in dubbio e risulta eziandio dagli effetti ottenuti da alcuni metodi di cura con cui si rese molto più leggiera, meno azotata e priva di aromi la dieta serale dei ragazzi affetti da questa indisposizione concedendo carne bollita in luogo della arrostita, minestra al brodo o al latte, o di paste, e delle frutta, oppure dei legumi.

Un'altra causa sono le replezioni vescicali notturne, molto più abbondanti di quelle che la vescica può sopportare abitualmente di giorno in cui è vuotata più spesso. Ed anche da questi motivi si possono desumere dei consigli da darsi alle madri. Cioè di fare orinare qualche volta nella notte il bambino, di farlo astenere il più possibile dalle troppo abbondanti bevande acquose ed anche da tutte quelle che come il vino esercitano una molto spiccata azione diuretica.

Inoltre l'eccessiva secrezione d'orina dipende qualche volta dalla deficiente azione cutanea, la quale come si sa è in continuo rapporto colla funzione renale per cui si potrebbe diminuire la prima, eccitando la seconda coi bagni caldi, massaggio, bevande calde, riscaldando la camera da letto, ecc.

Questi ed altri consigli igienici si debbono dare alle madri, i figli delle quali affetti da enuresi notturna, sono in tutto il resto assolutamente sani e robusti.

Negli altri converrà nello stesso tempo curare tutte le malattie concomitanti, lo stato generale e se occorre la diatesi costituzionale. E contemporaneamente si terrà il ragazzo in osservazione, perchè potrebbe migliorare benissimo sotto queste cure e perchè al medico importa sapere quale sia la forma della malattia onde poterne adattare i rimedi.

È cosa molto rara che la malattia non guarisca. Questo succederà in un tempo più o meno lungo dipendente dagli antecedenti patologici del bambino, dallo stato costituzionale, e anche dalla possibilità di fare una ottima cura ricostituente e di mettere l'ammalato nelle migliori condizioni igieniche possibili, ed infine dalla scelta più o meno adatta del rimedio.

Se la stagione lo permette si assoggettino questi ragazzi alle spugnature fredde lungo la colonna vertebrale, le quali vanno continuate per

alcune settimane, ai semicupii freddi, non più lunghi dapprima di qualche minuto ed in seguito di cinque, seguìti dalla reazione fatta con esercizi ginnastici proporzionati alla età e alle loro forze, o con passeggiate, ecc.

I letti su cui dormono debbono essere duri, non soffici, nè con coperture troppo pesanti affinchè il sonno non diventi troppo profondo.

La scelta dei rimedi va adattata alla forma speciale della malattia. Nella prima, in cui è frequente l'emissione di quantità anche piccole d'orina a cagione dello spasmo del detrusore, sono indicati gli antispasmodici i quali uniscono i due effetti di diminuire l'iperestesia e l'ipercinesi. Fra di essi si può scegliere il cloralio, il bromuro di potassio, la belladonna, il giusquiamo, ecc.

P. Foglie di belladonna in polvere centigrammi trenta
(si divida in dosi eguali trenta).

Di queste se ne debbono somministrare tante dosi quanti sono gli anni del ragazzo da curare; cominciando nei minori d'età con un centigramma al giorno, nei maggiori con due aumentandole poscia successivamente e fintantochè si osservi la dilatazione delle pupille, che ne controindica l'uso.

I semicupii tiepidi esercitano anche un'azione antispasmodica sugli organi del basso ventre per cui si possono usare prima di mettere il ragazzo a letto.

Vi sono eminenti pratici i quali ammettono che lo spasmo d'un muscolo sia sempre accompagnato dalla paralisi dell'antagonista e viceversa, per cui associano gli antispasmodici cogli eccitanti dell'azione riflessa come:

P. Estratto acquoso di noce vomica centigrammi dieci
Estratto acquoso di belladonna » dieci
s. f. s. a pillole quaranta — (due al giorno).

Con questa dose si può cominciare a far la cura in un bambino che abbia l'età di tre anni; a sette anni se ne prescriverà almeno il doppio.

Si potrebbe anche unire la noce vomica in polvere alle foglie di belladonna della prima prescrizione ed alla stessa dose detta or ora, e somministrarla con ostie.

Ho citato questo metodo di cura a titolo di ricordo ma non perchè vada seguìto, non avendo l'approvazione della maggioranza dei pratici, giacchè sarebbe assai meglio somministrare separatamente i due rimedi qualora la convinzione diagnostica del medico richiedesse il loro uso contemporaneo.

Trattandosi poi di curare l'incontinenza della seconda forma si prescriverà ora la noce vomica o il suo estratto, o la stricnina suo alcaloide

secondo le dosi e le formole già date nel capitolo delle paralisi, ed anche la segala cornuta, come:

P. Segala cornuta recentemente polverata grammi quattro
s. f. s. a dosi eguali quaranta.

Di queste se ne somministreranno tre all'età di sette anni, due a cinque e così di seguito con ostie, una mezz'ora prima del cibo.

Questi rimedi servono ad aumentare la tonicità dello sfintere uretrale a fibre liscie e sono eziandio utili nella paralisi del detrusore la quale è però molto rara nei bambini.

Unitamente a questi rimedi si può usare l'elettricità, sia mediante la corrente indotta quanto la continua. Si applicherà un reoforo al collo della vescica passando dall'uretra, l'altro sull'epigastrio.

Del Prurito della vulva. — Fortunatamente questa malattia è rara. Si osserva quasi sempre in bambine aventi già più di due anni di vita.

Esse sentono continuamente il bisogno di grattarsi i genitali; non potendolo a cagione della sorveglianza dei parenti o delle persone vicine, si dimenano sulle sedie, panche, ecc.

Il prurito vulvare senza alcuna lesione apparente non si osserva mai nell'età infantile in cui si trova sempre accompagnato da malattie cutanee ora idiopatiche ora, e più frequentemente, secondarie, le quali possono essere la conseguenza di processi morbosi esistenti primitivamente o essersi propagata per continuità di regioni o di tessuti dagli organi vicini.

Difatti degli scoli mucosi dipendenti da vulvite o vulvovaginite catarrale acuta o cronica, cagionate ora da causa reumatica, ora dalla negligenza dei più elementari riguardi di pulizia, alcune volte disconosciute dalle mammine, ora dal passaggio di ossiuri vermicolari dall'ano nei genitali, sono non di raro cagione di lesioni cutanee e vulvari di vario genere e natura ed estensione.

Di queste le più frequenti, le quali hanno eziandio per carattere il molestissimo prurito che tanto inquieta ed attrista le ammalate, sono la prurigine, l'exema e l'eritema.

Queste dermatosi si propagano alcune volte alla regione vulvare dall'ano o dalla profondità delle piegature cutanee delle coscie dove talvolta hanno origine.

Gli ossiuri lasciano generalmente sul loro passaggio una striscia eritematosa. Il continuo ed energico grattarsi che fanno queste bambine peggiora le lesioni cutanee già esistenti e talvolta ne produce delle nuove.

La cura deve essere anzitutto diretta alla causa delle lesioni cutanee

e quindi bisogna curare certi scoli mucosi provenienti dai genitali coi semicupii tiepidi emollienti ripetuti lungo il giorno e per molti giorni di seguito, con polveri astringenti o assorbenti di cui si è già parlato in altri capitoli. Per gli scoli vaginali serviranno le iniezioni astringenti di acido tannico sciolto in acqua o meglio ancora nella glicerina, la quale per essere densa e attaccaticcia mantiene il rimedio aderente alle parti infiammate per un tempo maggiore e copre inoltre le erosioni dell'epitelio e dell'epidermide, ecc. La dose è dell'uno o del due per cento; si può anche usare l'acido borico al tre per cento o il sublimato corrosivo all'uno per due mila e nei casi leggieri la vaselina borica.

Sono eziandio utili le applicazioni di linimento oleocalcare, di glicerolato di amido, di pomate narcotiche o contenenti catrame vegetale, che nel prurito vulvare dipendente da prurigine o da exema è quasi sempre l'ottimo dei rimedi, e quelle di olio fenicato o di soluzioni di acido fenico nell'acqua o nella glicerina alla dose del cinque per cento d'acqua distillata. Con questi rimedi si tengono continuamente bagnate le regioni esterne della vulva e si fanno anche, occorrendo, delle iniezioni o si mettono piccoli tamponi con cotone, ecc.

Siccome poi, salve poche eccezioni, non sono mai assolutamente sane e robuste le bambine le quali soffrono questa malattia e tanto più se la durata si protraesse a lungo e impedisse il sonno e alterasse l'appetito converrà eziandio rivolgere l'attenzione allo stato generale.

Se poi le erosioni della pelle o della mucosa vaginale si trasformassero in ulcerazioni si possono anche trattare col iodoformio, acido borico e salicilico o col nitrato d'argento in sostanza secondo i casi. Se queste ultime durano a lungo sono quasi sempre accompagnate dall'ingorgo acuto nella regione crurale corrispondente, il quale passa di raro in suppurazione.

CAPITOLO XVII.

Delle malattie infettive acute — Della Febbre tifoidea — Della Difterite — Della Scarlattina — Del Vaiuolo — Della Varicella — Del Morbillo — Della Roseola e delle varie sue forme — Della Risipola.

Della Febbre tifoidea. — Ne sono causa le abitazioni umide, oscure, frequentate da eccessivo numero di persone, malsane, piene di immondizie; quelle in cui i cessi sono mal curati; ed assale tanto i bambini gracili quanto i robusti e specialmente quelli il cui nutrimento è deficiente, non adatto o malsano, e degli altri che si sono trovati al contatto degli individui affetti da questa malattia o dimorato nello stesso ambiente.

La febbre tifoidea può anche avere per principio un catarro gastrico.

Come tutte le malattie infettive in generale ha uno stadio prodromico che sempre è assai più breve nei bambini che negli adulti, durante il quale essi perdono l'appetito, soffrono l'insonnia o dell'agitazione notturna, dei dolori vaganti alle membra, nel tronco, o nella testa, accusano dei brividi ripetuti e brevi, e sono invasi continuamente da una generale stanchezza finchè viene la febbre. E questa può avere varie forme: talvolta incomincia immediatamente a salire fino ai 40° C. o più per continuare a mantenersi tale per qualche tempo di sera con remissione d'un grado e mezzo circa al mattino per tempo, finchè abbassandosi fino a 39° C. con remissioni mattutine d'un solo grado o di qualche decimo di più, si continua così fino al termine della malattia prima del quale si abbassa per due o tre sere di seguito fino ai 38°,5, poscia ai 38° finchè scompare del tutto.

Altre volte la temperatura iniziale della malattia è mite poichè non oltrepassa i 38°,5 C. per circa sette od otto giorni, poscia subisce un aumento che raggiunge lo stesso giorno i 40° C. o 41°,5 colle stesse remissioni mattutine di cui sopra si disse, e continua a manifestarsi così per dieci o dodici e talvolta fino a quindici giorni dopo i quali decresce in modo da non più raggiungere i 39°,5, ma avvicinandosi ora più ora meno alla sera a questa temperatura mentre nel mattino per tempo questa si trova assai vicina al grado fisiologico.

Osservai molte volte che allorquando la malattia comincia con catarro gastrico febbrile della durata di alcuni giorni, la febbre si sospende nel giorno precedente a quello in cui incomincia l'infezione tifica.

Tutte le volte che sta per incominciare un nuovo settenario, o per meglio dire un nuovo periodo di malattia, succede una remissione completa o incompleta della febbre per quasi un giorno intiero, per cui applicando il termometro almeno due volte al giorno a questi ammalati si può tener dietro a questi fatti.

La febbre va diminuendo gradatamente, cioè per *lisi*, in quasi tutti i casi e di raro per *crisi* in cui in poche ore la temperatura si abbassa di un grado e mezzo o due gradi sotto la media normale.

Nel primo periodo, mentre va accentuandosi di più la cefalalgia, la fotofobia, il capogiro, l'irrequietezza, e la lingua va coprendosi d'un intonaco biancastro di muco, si fa anche sentire, di quando in quando, una tosse secca e solleticante sia che il bambino soffra già prima d'un catarro bronchiale o broncopolmonare, oppure che questo incominci appena in tal epoca. Il ventre ordinariamente è chiuso a meno che continui a manifestarsi la diarrea consecutiva al catarro gastrico il quale precedette la malattia di cui si parla. Il bambino apparisce molto stanco per cui si abbandona volontieri al sonno nelle poche ore che gli sono concesse dalla defervescenza febbrile.

Il secondo periodo è indicato ordinariamente dall'aumento della temperatura fin dal primo giorno. Oltre al peggiorarsi dei sintomi già osservati nell'antecedente, come fanno la cefalalgia e la prostrazione di forze, il polso si fa lento più di quanto sia richiesto dall'alta temperatura, la faccia apparisce apatica e sonnolente, gli occhi perdono la loro vivacità, lo sguardo è incerto per cui talvolta il bambino stenta a riconoscere le persone che si avvicinano al letto e per questo fa un esame più minuto del solito, e, se vogliamo, altresì uno sforzo anche quando non accusa più la fotofobia e la camera è invasa dalla luce. L'indebolimento del sistema nervoso si estende pure all'organo dell'udito, nonchè a quello dell'olfato il quale pare abolito del tutto, e al gusto che alcune volte è talmente alterato che il bambino non sente il sapore delle medicine nè degli altri liquidi che gli si somministrano. La lingua intanto va spogliandosi dell'epitelio mentre si restringe la patina mucosa che dapprima la copriva intieramente.

La desquamazione incomincia alla punta, poscia si estende ai bordi e al rimanente dell'organo e verso il finire di questo periodo va coprendosi d'uno strato epiteliale fuligginoso che la rende asciutta e ruvida. Con-

temporaneamente l'epitelio delle gengive, delle labbra e delle altre regioni della bocca e delle fauci va staccandosi, e se questo non succede si lascia però distaccare facilmente e con leggiere fregazioni delle dita. La mucosa delle narici è pure essa asciutta e di color oscuro. Esaminando poi le varie regioni del ventre colla palpazione si eccita un dolore comprimendo la regione ileocecale, ed un altro più forte, esercitando una pressione anche leggiera sul bordo inferiore della milza che provoca un vivo sussulto al bambino, e questa aumenta di volume come quella degli adulti nelle identiche circostanze. In quanto a verificare questo fatto osservo esser cosa difficilissima, nei bambini, tanto più se non si fece un primo esame in sul principio della malattia, attesochè è assai piccola nei primi anni di vita e di grossezza non proporzionata all'età. Però il dolore che si eccita dalla pressione manuale sulla medesima vale assai più di quello accusato dal bambino nella regione iliaca destra per diagnosticare la malattia. Il ventre è meteorico in vario grado, ma sempre teso e insorge la diarrea non sempre profusa, ma leggiera e con scariche scarse nella maggior parte dei casi. Sul petto e sul ventre apparisce poi un'eruzione di roseola a chiazze sparse qua e là nelle loro varie regioni. La tosse non è frequente ma va facendosi umida. Ed infine nella notte e durante il sonno l'ammalato è in preda ad un leggiero delirio. La posizione dell'ammalato che prima era cangiata da lui stesso spontaneamente, ora è sempre supina tanta è la prostrazione di forze che ha invaso il suo organismo. Un'eruzione miliariforme apparisce talvolta alla fine di questo periodo e in sul principio del terzo. In questo frattempo la prostrazione di forze si fa sempre più grave e in proporzione della medesima va estendendosi il catarro bronchiale verso le regioni posteriori e basilari dei polmoni, per cui la respirazione si fa incompletamente e va anche indebolendosi di più il polso e l'attività cardiaca, facendosi sempre più rauca e velata la voce se le ulcerazioni da cui rimane affetta la mucosa della laringe, si trovano sulle corde vocali. Le materie fecali e l'orina nei casi gravi sono emesse involontariamente. Continua la diarrea. È in questo periodo che si approfondano le ulcerazioni negli adulti per cui avvengono talvolta delle perforazioni e delle emorragie intestinali, e tanto le une quanto le altre nei bambini sono rarissime.

Il miglioramento che conduce alla guarigione è indicato dalla cessazione della febbre, dal ritorno allo stato normale del sensorio, dal farsi l'orina più chiara ed abbondante, più scarse le deiezioni alvine, più dense e meno puzzolenti, e dai leggieri sudori che di quando in quando si estendono a tutta la pelle; dal bisogno di dormire che l'ammalato sente prepotentemente, mentre nelle stesso tempo la tosse diventa più forte.

e dal modo con cui si compie si deduce che delle successive quantità di muco vanno allontanandosi dai bronchi ammalati e vengono inghiottite.

L'esito letale è indicato nei bambini della sempre crescente prostrazione di forze, dell'eccessivo indebolirsi del polso e del cuore, dal sopprimersi la tosse essendo molto esteso il catarro broncopolmonare; dal diventare frequentemente le loro estremità fredde e perchè qualche volta vengono scosse da sussulti o da moti convulsivi intercorrenti, e più di raro da convulsioni di lunga durata.

Le lesioni specifiche di questa malattia sono localizzate negli organi digerenti. E non mancano mai qualunque sia l'epoca in cui l'autopsia viene fatta. Faccio però osservare ai miei egregi colleghi che i casi i quali sono caduti sotto la mia osservazione non si dimostrarono mai caratteristici come negli adulti ma invece molto simili alle lesioni dell'enterite, senonchè si trovano di preferenza verso le ultime porzioni dell'intestino tenue. La mucosa intestinale si mostra rossa e tumefatta e le placche del Peyer e i follicoli solitarii sono ingorgati in numero maggiore quanto più ci avviciniamo alla regione ileocecale.

Questo reperto fu trovato nei bambini che morirono alla fine del secondo periodo o in sul principio del terzo ed è probabile che sia eguale a quello che è presentato dai bambini che cominciarono a migliorare nella stessa epoca e che poscia guarirono.

Le ulcerazioni hanno i bordi irregolari, frastagliati e sporgenti, sono di color rosso cupo, e tagliati a picco. Sono poi molto piccole in modo che talvolta se ne osservano parecchie su di una sola placca ora disposte a piccoli gruppi, ora isolati. Di raro se ne osserva qualcheduna che abbia tendenza ad approfondarsi nello spessore della mucosa.

Alcune delle ghiandole linfatiche bronchiali e mesenteriche si trovano congestionate, tumefatte, secondo l'estensione delle lesioni intestinali e in numero sempre maggiore che nell'enterite.

Non sempre si risolvono durante la convalescenza, tanto più presso i bambini affetti da qualche diatesi congenita o acquisita nei quali possono tanto rimanere ipertrofiche quanto subire più tardi la degenerazione caseosa o tubercolare.

I reni si trovano di raro infiammati, ma solo iperemici.

Il cuore appare floscio e contiene dei coaguli recenti. In quanto all'apparecchio della respirazione si osserva il reliquato ordinario della malattia da cui sono affetti a meno che vi siano complicazioni. Il cervello e il midollo spinale sono congestionati e qualche volta nel primo osservai delle piccole emorragie.

Le piaghe di decubito al sacro, alle regioni delle scapole, dei trocanteri e dei gomiti sono rarissime nei bambini.

Le ulcerazioni laringee alcune volte tardano molto a ripararsi e la loro guarigione completa non avviene fuorchè molto tempo dopo che l'organismo si trova nelle sue condizioni fisiologiche; quindi se ne fu affetta la mucosa che copre le corde vocali per alcuni mesi, la voce dei bambini sarà velata e fioca al punto da non essere sentita a pochi passi di distanza.

La febbre tifoidea, cosidetta abortiva, presenta varie forme diverse fra di loro nelle quali si osserva una minore durata e intensità della malattia per cui non sempre il ragazzo che ne è affetto sta volentieri nel letto.

Manca talvolta la febbre e l'ammalato si trova soltanto assai stanco e abbattuto, non ha appetito e soffre l'insonnia e una leggiera diarrea.

Della Difterite. — Le lesioni specifiche di questa malattia sono rappresentate da false membrane di color giallo e grigio, di vario spessore e di molta consistenza, le quali si formano su di una superficie già primitivamente affetta da infiammazione nelle profondità della quale o direttamente o per mezzo di propaggini sono molto aderenti. Per cui il loro distacco lascia sempre una ulcerazione di varia profondità e irregolare ed è provocata dall'infiammazione reattiva del tessuto sul quale stanno applicate con produzione di pus, fra di queste e le membrane. Talvolta esse compariscono e si staccano in un tempo assai breve e senza rinnovarsi, come altre volte succede, per cui possono anche passare inosservate senza il frequente esame delle parti ammalate. La malattia invade ordinariamente dapprima le tonsille e il faringe donde può estendersi da una parte alla laringe e alla trachea, e dall'altra dirigersi alle fosse nasali. Per cui nel decorso della malattia può succedere che si osservino contemporaneamente anche delle placche sulle tonsille, sul palato molle e sulla mucosa della bocca. Dalle fosse nasali l'infiammazione può propagarsi per mezzo del canale lacrimale alle congiuntive.

Il distacco delle membrane quando non si fa spontaneamente, viene prodotto da movimenti di deglutizione, o destinati a gargarizzare, ecc., oppure da grida, pianti, tosse e sforzi di vomito, sempre accompagnato da un'emorragia il più delle volte leggiera. La soluzione di continuità sottoposta, quando rimane scoperta, appare rossa oscura e tumefatta poichè l'infiammazione invase tutto il suo spessore.

Secondo la regione affetta dalla malattia si osserverà un ingorgo acuto, proporzionale alla sua gravità, nelle ghiandole linfatiche sottomascellari, se nella bocca, in quelle comprese fra il collo del condilo e il condotto

uditivo esterno se la malattia risiede nel naso, e se nelle tonsille e laringe nella parte inferiore di questa regione in vicinanza dell'angolo del mascellare inferiore.

La febbre non accompagna ogni volta la malattia ma vi è sempre nei casi gravi in cui può raggiungere 41° C. e più; talora è anche alta mentre le lesioni specifiche hanno pochissima entità. In alcuni casi gravi la vidi appena indicata dal termometro ed in altri era sostituita da una grande prostrazione di forze. Nè sempre è assai alta allorquando l'infezione è generale, mentre si mantiene in limiti molto stretti in caso contrario.

La setticemia avviene ordinariamente verso il finire della malattia e dopo il distacco delle membrane e anche quando questa fin da principio non si mostrò con un'insolita gravità, e si annunzia con brividi di freddo ripetuti, aumento di temperatura, profonda depressione di forze indicata dal polso piccolissimo, debole e poco frequente, ed infine dall'abbassamento del calore delle estremità, unitamente ad un'espressione apatica, sonnolente e talvolta stupida che assume la faccia di questi ammalati. Il sopravvenire di questi sintomi ci avverte che è prossimo l'esito letale. In altri casi l'intervenire della setticemia succede fin dal primo giorno della malattia e ne accelera con rapidità il suddetto termine.

Le paralisi difteriche si osservano ora subito dopo la guarigione della malattia, ora alcune settimane dopo. Nel primo caso ordinariamente invadono i muscoli delle regioni che furono colpite direttamente dalla malattia o vicini alle medesime; nel secondo dei muscoli o delle regioni muscolari più o meno lontane dal focolaio morboso, come sono quelli delle estremità, e certi muscoli del tronco, fra cui ricordo il diaframma e il gran pettorale, delle quali è parola nell'apposito paragrafo. Fra le paralisi vicine vi è frequentemente quella dei muscoli che presiedono all'atto della deglutizione la quale sarà manifestata da sintomi dipendenti dalla alterata funzione dei suddetti organi o dal mancante accordo funzionale fra i medesimi. Per cui, in alcuni casi, la voce sarà nasale, in altri, durante la deglutizione, le sostanze liquide prenderanno la via delle fosse nasali e della laringe, oppure sarà reso impossibile l'atto del gargarizzare e così di seguito. Talvolta l'unica paralisi superstite è quella dei muscoli cricoaritnoidei posteriori o del palato molle. Nel primo caso vi è raucedine e un certo grado di afonia. Nel secondo durante i movimenti di deglutizione le sostanze alimentari prendono in parte la via delle fosse nasali.

Queste paralisi ordinariamente sono incomplete per cui si manifestano il più delle volte colla sola debolezza dei movimenti e colla diminuzione della sensibilità.

Della Scarlattina. — Sebbene non vi sia dubbio alcuno sul periodo d'incubazione, tuttavia è manifestato assai rararamente coi suoi sintomi, quali sono prostrazione generale di forze, insonnia unitamente a bisogno di riposo, inappetenza; ma la maggior parte delle volte i bambini accusano soltanto i brividi ripetuti e il grave mal di capo che annunziano l'elevazione prossima della temperatura; la quale già dal principio della malattia sale fino a 40° C., oltrepassandoli alcune volte per avvicinarsi ai 42° C. La tosse secca e solleticante e le difficoltà ad inghiottire, la voce talvolta afona, e dei dolori alla gola accusati dagli ammalati più grandicelli sono immediatamente osservati dal medico il quale senz'altro fa la ispezione della bocca e delle fauci. Quindi si trova la mucosa, che copre le tonsille, i pilastri e gli archi del palato, nonchè il palato molle, tumefatta e colorata in rosso cupo e già quasi sempre spogliata d'epitelio. Nei primi giorni la lingua dei bambini appare solo coperta del solito intonaco bianco disseminato di punti rossi ovalari o circolari come viene osservato durante qualsiasi processo febbrile. Solo più tardi si spoglia anch'essa dell'epitelio sui suoi bordi.

L'esantema apparisce quasi sempre nella stessa epoca in cui va compiendosi lo sviluppo del processo morboso testè descritto e non appena esso raggiunse il suo più alto grado, per cui la malattia si mostra immediatamente colla sua imponente gravità, altre volte invece tarda alcuni giorni a comparire ed in questi casi, a chi consideri la cosa superficialmente, può parere una complicazione della malattia primitiva e con tanto più di ragione quando sulle tonsille siano comparse prima d'allora delle placche crupali o difteriche.

L'eruzione comincia ad apparire nelle regioni superiori del corpo, poscia sulle medie e le inferiori comprese le estremità nelle quali si estende sempre in minor grado ad eccezione dei casi gravi. E si manifesta in sul principio con innumerevoli punti o piccole macchie isolate che a poco a poco vanno allargandosi fino a confluire e a formare quindi una macchia d'un color rosso vivo d'una grande estensione. Facendo scorrere su di essa la punta di una matita rimane per alcuni minuti secondi una traccia bianco-giallognola caratteristica. E in questo frattempo può esacerbarsi il processo morboso delle fauci ed apparire su di qualche regione delle medesime delle placche difteriche, mentre la lingua apparisce quasi del tutto spoglia dall'epitelio per cui è di color rosso oscuro e aspra. Durante la formazione dell'esantema la febbre si mantiene sempre o almeno nella maggior parte dei casi all'altezza primitiva, e quando non si avvicina ai 40° C., di sera segna di raro con un aumento la compli-

cazione di cui feci cenno. In queste condizioni il bambino dimostra di essere in preda ad una grave prostrazione di forze, ha la faccia apatica e sonnolenta, talvolta delira, e la tumefazione delle palpebre dà ai suoi lineamenti un aspetto caratteristico. Frequentemente le orine contengono dell'albumina, ciò che non indica sempre una complicazione renale. Il polso è debolissimo e assai frequente, e debole quindi l'impulso del cuore nella regione del quale non di raro in queste circostanze si sente un soffio.

Il cessare dell'estendersi dell'esantema e poscia il suo impallidire sono accompagnati dalla diminuzione della temperatura e dal miglioramento che nello stesso tempo subiscono la funzione della deglutizione e gli altri atti compiuti dal medesimo suo apparecchio; diventa più forte la tosse, ed è più avvertito il senso di bruciore, prodotto dalle sostanze inghiottite che irritano le regioni ancora prive d'epitelio, e se la malattia fosse anche stata complicata dalla difterite questa non si estende di più ma continua il suo decorso nel punto in cui si trova. Sono eccettuati i casi in cui essa sopravviene allorquando l'esantema sta per arrestarsi e impallidire. Ciò che per avventura è raro. La scomparsa di questo si fa nello stesso ordine con cui comincia, per cui ha principio dal collo quasi sempre e la sua durata è proporzionale alla sua estensione e confluenza ed è sempre seguita dalla desquamazione colla quale si staccano dei veri lembi larghissimi di strato corneo di epidermide e talvolta tutte la parte che copre l'estremità libera d'un dito; mentre questa succede si accelera pure la guarigione di tutte le parti comprese nel processo morboso e delle complicazioni, e quindi anche la febbre cessa.

L'angina scarlattinosa non essendo caratteristica, allorquando ci troviamo in presenza della medesima sia grave o leggiera, e mancando l'esantema, siamo nella incertezza nello stabilire se stiamo prestando la nostra cura ad una scarlattina senza esantema, e ci troviamo nel dubbio quando vi è un'epidemia dominante della medesima e tanto più se non si può constatare se il bambino che abbiamo sotto gli occhi l'abbia già sofferta o frequentato individui che ne fossero affetti prima o contemporaneamente.

La morte avviene per l'altezza della temperatura la quale può paralizzare tanto i muscoli del cuore quanto distrurre le cellule costituenti i centri nervosi speciali che presiedono alla loro funzione. Ed in qualunque caso è sempre annunziata e preceduta da una profonda prostrazione di forze che non migliora di mano in mano che la temperatura febbrile va abbassandosi. Allora il polso si fa a varie riprese debolissimo e assai piccolo, il bambino si mantiene sonnolento, non risponde alle domande che

gli si fanno, le estremità si raffreddano finchè avviene la morte preceduta alcune volte prossimamente da convulsioni generali.

Altre volte succede per complicazioni encefaliche fra le quali cito l'edema della pia-madre cerebrale, la meningite, o dell'apparecchio respiratorio di cui le più comuni sono la broncopolmonite, la polmonite crupale per ordine di frequenza e più di raro la pleurite. Nè bisogna lasciar sotto silenzio la nefrite e l'enterite catarrale assai frequente nei bambini affetti da scarlattina. E le lesioni che queste complicazioni lasciano, costituiscono solitamente il reliquato anatomopatologico di questa malattia.

L'infiammazione e la suppurazione delle ghiandole linfatiche sottomascellari che alcune volte si ingorgano acutamente durante l'angina scarlattinosa, anche quando non è complicata dalla difterite, secondo le mie osservazioni è una delle più grandi rarità, come pure vidi assai sovente guarire la nefrite la quale complica la maggior parte delle volte la scarlattina.

Del Vaiuolo. — Lo stadio d'incubazione di questa gravissima malattia può prolungarsi fino a quindici giorni. La generalità dei bambini durante la maggior lunghezza del suddetto non accusa nè offre sintomo alcuno di malessere, solo verso il giorno dell'invasione soffrono di prostrazione di forze, cefalalgie ed accessi, dolori muscolari, inappetenza, ecc. Venendo in quest'epoca vaccinati la maggior parte non vengono più preservati dalla malattia, ma alcune volte ne contraggono una dalle forme di minore intensità.

Il vaiuolo incomincia con brividi ripetuti più o meno intensi, vomiti persistenti, inappetenza, e nello stesso tempo aumenta di violenza la cefalea gravativa quando già era sofferta durante l'incubazione, oppure ha principio in caso diverso con agitazione notturna, delirio, scosse muscolari a varie riprese e separate da intervalli di calma, ed infine da grande prostrazione di forze e da febbre, la quale in poco tempo raggiunge quasi sempre i 40° C. I ragazzi più grandicelli accusano il caratteristico dolore alla regione lombare che si estende a tutto il sacro.

L'eruzione vaiuolosa si manifesta da principio ora con piccole e numerosissime papule di forma irregolare, simili a quelle che caratterizzano l'esantema morbilloso, ora distinte ora confluenti, il cui colore scompare colla compressione, ora per mezzo di macchie confluenti di color rosso-vivo che occupano una gran estensione a somiglianza di quelle della scarlattina in mezzo alle quali sono sparsi qua e là dei piccoli nodi. Tanto le papule quanto i noduli, dopo due o tre giorni sono trasformati in vescichette circolari, le quali continuando a svilupparsi si cangiano

in pustole per la mutazione che subisce il siero che prima contenevano in pus. Mentre questo succede, l'apice della vescicola che prima pareva un pochino sporgente, cessa di svilupparsi mentre le altri parti si sollevano al disopra di essa e si allargano, per cui pare che esso subisca una trazione verso l'interno, e le pustole prendono la forma ombelicata caratteristica. L'esantema incomincia, nella maggior parte dei casi, a comparire sulla faccia, quantunque vi siano casi in cui ebbe principio in altre regioni. Non viene risparmiato il cuoio capelluto, le mucose della bocca, del naso, le congiuntive, la cornea, nè il condotto uditivo esterno, nemmeno la laringe, le mucose dell'intestino retto, quelle della uretra e della vescica. Attorno ad ogni pustola cutanea si osserva un alone il quale confluisce con quello della pustola vicina. La pelle diventa tumefatta e dolorosa in tutte le regioni invase.

Di mano in mano che le vescicole vanno cangiandosi in pustole, la febbre va aumentando d'intensità fino a raggiungere i 41° C. e qualche volta i 42° C., sebbene di raro. E questo aumento, intercalato da brividi ripetuti, va continuando fintantochè il contenuto della pustola si sia disseccato per ogni dove e si mantiene, quantunque in minor grado, se in alcune di esse questo si faccia con ritardo, oppure se qualcheduna delle ulcerazioni sottoposte alla medesima vada approfondandosi.

L'essiccazione succede collo stesso ordine con cui comparve inizialmente l'esantema, e la sua durata è più o meno lunga secondochè l'eruzione fu abbondantissima o scarsa.

La febbre si mantiene sempre ad una considerevole altezza. E qualora il vaiuolo sia emorragico, durante il periodo della suppurazione compariscono dei nodi emorragici nello spessore della pelle interposti alle pustole, oppure queste si riempiono di sangue in un'estensione varia. Tale complicazione si osserva per lo più nei bambini affetti, già prima di venire assaliti dal vaiuolo, da malattie esaurienti di lunghissima durata.

In altri bambini, alcune pustole allargandosi confluiscono in modo che le croste risultanti dal loro essiccamento rimangono attaccate così da farne una sola coprente un'estesa ulcerazione che dopo la sua caduta appare coperta di pus.

Nel decorso della malattia e allorchè ha fin dal principio un andamento grave, avvengono delle emorragie dagli organi interni, ora dai bronchi ora dagli intestini, talvolta dalla vescica. Queste non vanno sempre attribuite all'approfondarsi delle ulcerazioni vaiuolose nel tessuto delle mucose corrispondenti, anche quando sono discretamente abbondanti, bensì alla uscita del sangue, meno denso del normale durante la malattia

in corso o da altre sofferte prima, attraverso le pareti dei capillari: hanno cioè la stessa origine delle emorragie cutanee.

Fra le complicazioni più comuni, cito la broncopolmonite catarrale, l'enterite e la nefrite parenchimatosa.

La convalescenza dei bambini che soffersero questa malattia e che posseggono un organismo tanto resistente da superarla, è sempre molto laboriosa, e complicata da varie malattie le quali alcune volte hanno solo il valore d'un reliquato della malattia principale, altre volte invece avvengono per cause di pochissima entità; tanto è grande e profonda la debolezza e la denutrizione che la medesima ha per conseguenza.

La morte può essere prodotta dalle complicazioni polmonari, bronchiali o cardiache o dalle malattie renali, dall'abbondanza delle emorragie, dall'altezza della febbre, ed infine dall'assorbimento dei prodotti piemici o icorosi delle ulcerazioni o contenuti nelle pustole.

Il vaiuoloide è una forma del vaiuolo diminuita di durata e d'intensità tanto nei sintomi generali, quanto nell'estensione dell'esantema, il quale si estende eziandio alle mucose più vicine alla pelle. Può avere le medesime complicazioni, le quali sono quindi suscettibili di condurre il bambino a morte. Nel suo decorso si osservano però di raro, direi quasi mai, le emorragie cutanee, rarissimamente poi quelle degli organi interni. La sua convalescenza è anche di più breve durata.

Della Varicella. — Si discute ancora oggidì fra i pratici, se questa malattia si debba considerare come una forma lievissima di vaiuolo oppure se costituisca una entità morbosa distinta. È però vero il fatto che accompagna sempre le epidemie vaiuolose e che talvolta sembra precederle, e che si osserva però anche durante le epidemie di scarlattina e di morbillo. Invade più frequentemente, come queste due ultime infezioni, così l'organismo dei bambini che degli adulti, e tanto in quelli vaccinati quanto negli altri che non furono ancora sottoposti a quest'operazione, oppure l'hanno subita da alcuni anni. Come il vaiuolo infierisce più durante la stagione invernale in cui le persone stanno più rinchiuse, che nell'estate, in cui l'igiene delle abitazioni è più osservata. È pure contagiosa, ma conserva sempre il suo carattere di malattia infettiva di poca importanza.

Esordisce con vescicole arrotondate o acuminate, che in principio hanno un colore rosso-vivo, il quale si continua coll'alone eritematoso che le circonda, che dalla grossezza d'un grano di canapa possono comparire pari a quella d'una lenticchia o anche di più, e contengono un umore sieroso più o meno torbido secondo la più o meno grande quantità contenuta di globuli purulenti. Col tempo questo si coagula e s'indurisce e

si distacca sotto forma d'una crosta. Le vescicole di varicella si trovano su tutte le parti del corpo; ora disseminate e sparse qua e là, ora disposte quasi a guisa di gruppi, di due o tre fra i quali vi sono delle estese superficie di pelle sana. La maggior parte delle volte non è accompagnata da febbre, se facciamo eccezione del primo giorno di malattia in cui il termometro qualche volta segna 38° C. o 38°,5 C. La maggior parte delle volte l'ammalato non viene nè punto nè poco molestato dal prurito. Ordinariamente questo esantema comparisce a varie riprese, per cui alcune vescicole sono già secche e stanno per cadere, mentre alcune altre sono ancora rosse perchè esistenti da poco tempo.

Del Morbillo. — Lo stadio d'incubazione di questa malattia può raggiungere la durata di quindici giorni. È però assai difficile da stabilirsi per essere la suddetta assai comune, numerosissimi i bambini che ne vengono affetti, poca la cura della famiglia nell'impedire il contatto dei sani cogli ammalati per la poca importanza che ad essa annettono, ed infine perchè pochissimi bambini dimostrano le indisposizioni che caratterizzano il principio della malattia prima che se ne osservino i prodromi.

Sopravviene quindi una prostrazione di forze più o meno sentita, qualche volta l'inappetenza, una fotofobia pertinace con lacrimazione, un catarro nasale con frequenti sternuti qualche volta accompagnati da epistassi, con infiammazione catarrale leggiera delle mucose del palato molle, degli archi e pilastri del palato, delle tonsille e del faringe e qualche volta della laringe. Per cui gli ammalati oltre che qualche volta accusano del bruciore nelle suddette regioni e della difficoltà ad inghiottire, sono altresì affetti da tosse molesta, secca e solleticante. Contemporaneamente si lagnano di dolori sparsi in diverse regioni muscolari, e ad alcune articolazioni delle membra e al dorso. La febbre comparisce unitamente a tutti questi fenomeni e raggiunge in breve tempo il suo massimo grado di 40° o 41° C., in casi rari di più, e si mantiene quasi sempre tale finchè l'eruzione dell'esantema abbia raggiunto il suo massimo limite, dopo il quale essa in poco tempo si abbassa fino a toccare di nuovo la media normale.

L'esantema consiste in macchie di color rosso, sporgenti sul livello comune della pelle, distinte quasi sempre in sul principio della malattia, poscia confluenti con limiti irregolari, frastagliati, fra i quali la pelle è sana. Incomincia quasi sempre nelle regioni alte della faccia, donde si estende poscia al collo, al petto, al dorso e nelle altre parti, comprese le estremità. La sua confluenza e l'estensione non sono eguali in tutti gli individui colpiti dalla malattia, e talvolta, e tanto più nei casi leggeri, sono

risparmiate le regioni più lontane dalla faccia. Quattro o cinque giorni dopo la comparsa, l'eruzione comincia ad impallidire, le macchie si restringono e cessano così d'essere confluenti per cui si allargano gli spazi di pelle sana frapposti e diventano di color rosso-scuro. La scomparsa totale, checchè ne dicano gli autori, io la vidi in molti casi protrarsi oltre ad una settimana dopo la cessazione della febbre. In questo frattempo i fenomeni catarrali vanno rimettendosi gradatamente e per i primi cessano di molestare il bambino la fotofobia, la lacrimazione e il dolore acuto alle fauci. Rimane però ancora la tosse, e la sua durata può essere più o meno lunga secondo che l'infezione invase solamente le regioni sopra nominate o se nel decorso della malattia la lesione catarrale si estese alla trachea, o ai bronchi maggiori e da questi ai medii e ai minori e poscia alle vescicole polmonari. E questo succede quasi sempre se il bambino era già prima affetto dal catarro di alcuno di questi organi. Il quale costituisce la complicazione più comune e tanto comune che in tutti i casi si osserva almeno la bronchite dei bronchi maggiori estesa talvolta fino ai medii. Tanto è vero che volevo citare questa malattia, non fra le complicazioni ma sibbene fra le lesioni proprie che cominciano col periodo d'invasione in tutti i casi.

Parecchi giorni dopo la scomparsa dell'esantema succede l'esfogliazione dell'epidermide delle regioni affette sotto forma di finissime squame simili a quelle dell'eczema, meglio ancora alla forfora.

Cito come una rarità il morbillo emorragico le di cui cause sono identiche a quelle citate per il vaiuolo emorragico al cui paragrafo mando il gentile lettore giacchè questa ripetizione sarebbe inutile. Rarissimamente poi avvengono durante questa infezione delle emorragie negli organi interni.

Più frequentemente osservai nei bambini l'enterite catarrale che in tutti i casi ebbe una durata assai breve.

L'esito più frequente è la guarigione. La morte avviene per l'altezza straordinaria della temperatura, e per le complicazioni gravi delle malattie degli organi respiratorii. Nei bambini gracili, malaticci, mal nutriti o affetti da diatesi costituzionali, i fatti morbosi dell'apparecchio respiratorio prendono sempre un andamento cronico.

Della Roseola e delle varie sue forme. — Di questa malattia che, durante le epidemie morbillose viene identificata al morbillo, tanto più quando invade tutta o quasi tutta la superficie del corpo o una parte integrante di esso ed è accompagnata da febbre, gli autori che da parecchi anni in qua scrissero sulle malattie infettive acute o sui morbi cutanei

ne distinsero sempre varie forme. La prima, che è considerata come una forma leggiera di morbillo, è febbrile, epidemica e contagiosa al pari del morbillo ma il suo decorso è assai più breve, poichè da due giorni non si prolunga più di una settimana.

Non offre mai sintomi gravi; è accompagnata da un'angina catarrale leggiera all'istmo delle fauci; e colpisce tanto gli individui che non sofersero ancora il morbillo, quanto alcuni di quelli che già ne furono affetti alcuni anni o qualche mese prima. Si osservano queste epidemie di roseola febbrile durante le molto estese epidemie morbillose; e dalla generalità dei pratici è considerata come un morbillo leggiero, e per fare un paragone che esprima bene la mia opinione, questa forma di roseola sta al morbillo come il vaiuoloide sta al vaiuolo.

Oltre di questa differenza sopraccennata ve ne sono delle altre che si desumono dall'esame della pelle allorquando l'esantema è giunto al suo massimo grado di sviluppo.

Osserviamo difatti come nel morbillo il derma infiltrato come è di sierosità è tumefatto corrispondentemente alle regioni cutanee che si vedono congestionate e di colore rosso oscuro, ed è quindi sollevato in modo assai sensibile e facilmente verificabile sui ristretti spazi di pelle sana che stanno frapposti alle chiazze. Questa tumefazione poi è molto maggiore nelle regioni in cui il connettivo sottocutaneo è privo di grasso e rilasciato in modo da godere un certo grado di scorrevolezza e da permettere una maggior facilità all'infiltrazione dei liquidi.

E la osserviamo di gran lunga minore nelle regioni che come quella del naso si trovano in condizioni opposte.

Per cui vediamo che le regioni palpebrali sono assai più tumefatte delle guancie, di modo che il bambino stenta ad aprir gli occhi anche quando si è già dissipata la fotofobia; ed una leggiera pressione del dito sulle guancie ci lascia la sensazione quasi identica a quella d'un edema esteso non solo alla pelle, ma eziandio al tessuto connettivo sottoposto. Lo stesso si dica esaminando la regione frontale e le varie altre parti del corpo tutte le volte che l'esantema si mostra molto confluente come nella maggior parte dei casi osserviamo nella faccia.

Ben diversa invece è la forma della roseola chiamata febbrile. Le macchie cutanee sporgono poco dal livello comune delle parti sane, per cui l'infiltrazione del derma alcune volte si può quasi più supporre per l'analogia dei due esantemi che verificare; il colore delle chiazze è rosso vivo chiaro e non cupo come nel morbillo. E i contorni della faccia ed i suoi lineamenti non offrono alterazioni di sorta.

Inoltre la confluenza di queste chiazze è assai rara, poichè ordinariamente appaiono isolate, la loro frastagliatura parimenti, giacchè si mostrano quasi sempre rotonde od ovalari nella forma.

Fra i caratteri comuni di uno dei quali ho già parlato, vi è la febbre sempre assai mite nella roseola e che cessa di manifestarsi, come nel morbillo, dopochè lo sviluppo dell'eruzione fu completo, nonchè la desquamazione fosforacea simile a crusca, assai più limitata e più rapida nella roseola per la minor superficie occupata dalla stessa, dopo la quale la pelle si mostra di nuovo allo stato normale in quanto ai suoi caratteri anatomici e non di colore più oscuro come si osserva dopo il morbillo.

Vi è una forma di roseola, la quale si presenta per mezzo di piccole chiazze rosse, rotonde od ovali grossolanamente e ordinariamente, della larghezza di una lente fino a quella di due o tre centimetri. I loro contorni sono molto distinti e non si perdono, per così dire, sfumandosi e confondendosi colla pelle sana. Si osservano solitamente sul petto e sull'addome, ora isolate e sparse, ora a gruppi quando sono piccole. La loro durata è assai breve e di raro la scomparsa viene surrogata da una successiva eruzione.

La roseola che presenta questi caratteri si osserva sul decorso delle malattie infettive acute, come nel tifo, nel colèra, ecc.

Un'altra varietà di roseola si osserva sempre nel decorso di alcune malattie infettive croniche di cui abbiamo un esempio nella sifilide che non ho finora mai osservata nei bambini, la quale consta di macchie non sporgenti sul comune livello della pelle, di color roseo o rosso pallido, le quali scompaiono del tutto sotto la pressione delle dita. La loro forma è assai irregolare. Apparisce specialmente al petto, al collo e sull'addome e la sua durata è assai lunga.

Ricordo ai miei gentili lettori, se questa mia Operetta avrà la fortuna di essere letta, una forma di roseola la quale accompagna alcune malattie acute dell'apparecchio intestinale. E questa talvolta è diffusa in quasi tutte le regioni del corpo, talvolta invece soltanto al petto, al ventre o alle estremità inferiori. La sua durata è più breve di quella della malattia principale, attesochè incomincia a comparire qualche giorno dopo e termina prima della sua risoluzione.

Avverto però il benigno lettore di non fare un esame solo superficiale di questa dermatosi, ma di guardare sovente le varie regioni che invase, perchè non di raro sulle macchie rosse più o meno estese e generalizzate compariscono anche fugacemente delle papule di orticaria le quali si presentano con un colore più pallido del circostante. Non sempre il prurito

proprio dell'orticaria ci mette sulla strada a diagnosticarla in luogo della roseola.

Vidi altra volta che un catarro gastrico acuto era complicato da una eruzione di roseola, e precedeva un'infezione tifica di cui questa in certo modo annunziò la venuta.

Nè posso lasciar sotto silenzio la varietà di roseola la quale accompagna la polmonite crupale dei bambini. La quale ha due forme. La prima si presenta con un rossore cutaneo uniforme diffuso a tutto il dorso e talvolta anche al torace; la seconda per mezzo di macchie piccole, circolari od ovali, estese in alcuni casi a tutto il tronco. Checchè ne dicano i miei egregi colleghi sulla loro natura, io non credo questa specie di roseola dipendente dall'assorbimento fatto dal sangue dei prodotti infiammatorii e portati in circolazione e quindi al contatto dei tessuti, bensì la reputo dipendente dalle alterazioni circolatorie proprie di questa malattia nella quale, secondo la più o meno grande estensione del processo morboso, è impedita la corrente sanguigna di ritorno. Il qual fatto si osserva anche, sebbene con durata minore, nel decorso di altre malattie dell'apparecchio respiratorio come durante la tosse convulsiva, il crup della laringe per tacere di altre.

Ed infine, per non tediare di più il mio lettore, ricordo solo la roseola che più che nei bambini osserviamo negli adulti, la quale dipende dalla somministrazione di certi rimedii di cui ho osservato alcuni casi dopo il balsamo di copaive e il ioduro di potassio. Secondo alcuni autori in alcune persone i preparati di chinino produrrebbero lo stesso effetto.

Come si vede sono molto diverse le forme delle roseole secondarie, e per classificarle mi pare che non sia in nessun modo necessario seguire il metodo seducente di un recente autore francese il quale chiama colle denominazioni antiche di *Rougeole* e di *Roséole* il morbillo ordinario e il leggiero e col nome un po' più moderno di *Roubeole* tutte le altre specie. Ma il metodo più pratico e nello stesso tempo più scientifico, mi pare essere quello di classificarle veramente col nome speciale della natura della malattia primaria. Così abbiamo la roseola reumatica; quella che segue la malattie che dipendono dall'assorbimento dei prodotti anormali dell'apparecchio digestivo; quella sifilitica e così di seguito.

Della Risipola. — Mi riservo in questo paragrafo di parlare esclusivamente di questa malattia come si presenta nei bambini di alcuni anni di età avendo già parlato altrove di quella dei neonati.

Essa offre gli stessi caratteri e sintomi; è preceduta cioè quasi sempre da qualche lesione anche di poco rilievo, alla pelle o su di qualche

mucosa confinante colla medesima nella maggior parte dei casi. Il fatto da alcuni pratici è messo in dubbio, perchè tra la soluzione di continuità presentata dalla pelle o dalla mucosa e la regione affetta dalla dermatite talvolta vi sono degli spazi in cui la pelle è sana. Le ghiandole linfatiche corrispondenti alle parti affette non sempre nè in tutti i casi si tumefanno acutamente prima ancora della comparsa della risipola e quasi per annunziarla e per dimostrare che è una linfangioite acuta; la quale del resto può cominciare a manifestarsi in qualunque regione dei linfatici interposti, e per mezzo delle loro pareti diffondersi alla pelle e al tessuto connettivo sottoposto. La regione infiammata è molto arrossata, dolorosa, tumefatta, lucente. Il distacco dello strato corneo si opera alcuni giorni dopo o con desquamazione o mediante la produzione di vescicole più o meno estese nelle regioni colpite per le prime, mentre nello stesso tempo la malattia va diffondendosi in altre regioni. La febbre può raggiungere di sera perfino i 40° o i 41° C. con remissioni mattutine d'un grado, le quali sono più grandi quando la malattia pare che sospenda il suo decorso mentre la temperatura subisce un nuovo aumento, se questa lo ripiglia.

La divisione relativa alla gravità e al reperto anatomopatologico in dura e molle non serve per i bambini in cui si osserva sempre la molle e con una abbastanza grande mortalità.

Questa malattia assale principalmente i bambini gracili, immaturi, affetti frequentemente da altre malattie, convalescenti o tenuti in cattive condizioni igieniche, sia per quello che riguarda la loro personale pulizia, l'alimentazione ed i loro indumenti che talvolta per non essere adatti e sufficienti li espongono all'influenza delle cause reumatiche; quelli inoltre che si trovano ammalati in abitazioni ristrette, oppure umide e frequentate da molte persone; quelli che sono tenuti abitualmente nello stesso letto della nutrice o della madre dove, siano esse sane o affette da malattie puerperali, sono obbligati di respirare un'aria impregnata di principii escrementizi molto deleteri per un organismo eccessivamente delicato, i quali non di rado hanno la loro sorgente nella mancanza dei riguardi più comuni di pulizia necessari tanto in un puerperio normale, quanto in quello complicato da qualche malattia.

Le cause che propriamente la occasionano sono di vario genere, come erosioni d'epidermide, ulcerazioni derivanti talvolta da esse e talvolta apparentemente di poca importanza: ferite prodotte artifizialmente per aprire ascessi, operare circoncisioni, ecc.; inoltre lesioni della pelle o della sua profondità di varie specie senza soluzione di continuità, come

sarebbe, a cagion d'esempio, la mastoite dei neonati durante tutto il suo decorso, le pustole vacciniche, quelle d'impetigine, ecc.

L'influenza delle condizioni igieniche è così grande che talvolta ammalano di risipola bambini robusti senza che il loro organismo presenti lesione alcuna e nemmeno la più piccola soluzione di continuità, ma solo per il trovarsi in un ambiente in cui da qualche tempo convivono altri bambini affetti da questa malattia.

Un carattere comune della risipola dei neonati è l'essere saltuaria, cioè il comparire in varie regioni, successivamente, più o meno estese e lontane dal focolaio d'infezione, sia essa una soluzione di continuità la quale abbia direttamente favorito l'entrata del miasma, oppure che in seguito della sua influenza i suoi prodotti siansi trasformati in sostanze putride che, assorbite, abbiano infettato l'organismo intero.

La durata media della malattia è compresa fra sei e dodici giorni. La prognosi è sempre molto riservata. La sua gravità diminuisce di mano in mano che il bambino si inoltra negli anni, a parità di circostanze è maggiore nei gracili, deboli, convalescenti ed in quelli in cui è prodotta da complicate o estese lesioni cutanee. Se la durata della malattia nei lattanti oltrepassa i sei giorni, questa è quasi sempre mortale.

CAPITOLO XVIII.

Della cura delle malattie infettive acute in generale, ed in particolare della Febbre tifoidea, della Difterite e della Risipola.

Cura delle malattie infettive acute e della Febbre tifoidea. — Sebbene sia cosa eminentemente pratica e utile il consigliare alle famiglie in cui vi sono dei bambini di non esporli al pericolo di contrarre le malattie infettive acute e più a buon diritto di tenerli lontani da quelle che si presentano con maggior gravità, interrompendo immediatamente qualunque relazione coi luoghi e cogli individui infetti e colle persone che li frequentano; tuttavia difficilmente questo si può ottenere per la necessità degli affari, la molteplicità dei mezzi di comunicazione, anche quando ciò è richiesto urgentemente. E più degli altri andrebbero allontanati i bambini di costituzione gracile nei quali la predisposizione a contrarre queste e le altre malattie si può quasi chiamare congenita, tanto più se provengono da famiglie nelle quali vi sono individui abitualmente soggetti a malattie di petto, che, come sappiamo, accompagnano o seguono nella maggior parte dei casi le malattie acute d'infezione.

Le più comuni di queste e le meno pericolose sono quelle che avvengono più frequentemente e colpiscono il maggior numero di bambini, cosicchè pochissimi fra di essi ne vanno esenti per cui anche dai profani sono ritenute come abbastanza facilmente superabili da quelli il cui organismo non è dotato di gran robustezza e sono alquanto deboli e talora convalescenti d'altre malattie.

Ma quando il morbo infettivo epidemico è grave e quasi sempre mortale perchè molto contagioso ed il virus che lo comunica molto resistente agli ordinari mezzi di disinfezione, lo sfuggire i luoghi infetti è di suprema necessità.

Ma non potendosi fare l'isolamento assoluto per le esigenze sociali e famigliari e per non essere alla portata di tutti la conoscenza dell'epoca in cui sarebbe necessario la quale richiede delle nozioni sul modo di propagarsi della malattia e sulla direzione che talora segue nel percorrere le regioni che va infettando, ognuno deve premunir sè e la famiglia continuando ad abitare il luogo ordinario della propria dimora, coi mezzi più adatti dei quali ora faccio un breve cenno.

Durante queste epidemie i bambini non vanno mai condotti nelle località in cui vi è un grande accumulamento di persone, nè tenuti nelle abitazioni umide, mal ventilate, poco aerate nelle quali coabitano contemporaneamente molti individui. Si deve anche schivare qualsiasi contatto colle persone estranee alla famiglia e più a buon diritto con quelle che appartengono a case dove vi sono bambini che non hanno ancora sofferto le malattie infettive che si vogliono schivare.

La pulizia per mezzo di bagni, cangiamenti di biancheria deve essere osservata giornalmente come cosa importantissima.

Vanno schivate tutte le cause d'indebolimento, come le troppo lunghe passeggiate, i troppo faticosi lavori muscolari, le fatiche intellettuali eccessive e non adatte all'età.

L'alimentazione deve essere abbondante, di facile digestione, molto nutritiva e apprestata ad intervalli regolari.

Non si permetta che si faccia uso di acque di ignota o di equivoca provenienza, nè di frutta immature o insalubri o in troppa quantità. Vanno evitate le indigestioni e si curino subito opportunamente onde impedire l'assorbimento di sostanze putride che potrebbero essersi formate negli intestini.

Si tengano d'occhio e si curino se occorre anche le altre piccole indigestioni. E se l'epidemia è vaiuolosa si deve far vaccinare subito tutta la famiglia, se anche ognuno dei suoi membri avesse subìta da poco tempo questa piccola operazione.

Incominciata la malattia si tenga il bambino a letto e siccome la maggior parte dei morbi infettivi acuti cominciano con malattie analoghe a quelle che talvolta dipendono da cause di natura diversa e queste potendo essere reumatiche, o avendo il medico dei motivi per sospettarle tali, si farà ottima cosa eccitando la diaforesi molto indicata in questo caso ed anche allorquando la malattia infettiva di cui si aspetta l'insorgenza sia eruttiva, poichè allora è anche utile favorire il movimento della evoluzione eruttiva verso la pelle sebbene la più parte dei pratici creda inutile fare questa cura diretta a tale scopo. E questo si eseguirà somministrando degli infusi aromatici caldi, e applicando contemporaneamente delle bottiglie d'acqua calda ai piedi e non aumentando il numero delle coperture o il loro peso come si usa ancora oggidì fare nelle famiglie.

Cominciata la febbre, si regoli la temperatura della camera in modo che non oltrepassi i 12° C. e si diano all'ammalato delle bevande fresche, dei pezzettini di ghiaccio, ecc., e si tenga a dieta d'astinenza più o meno assoluta secondo l'altezza della medesima. Fra le sostanze che si possono

somministrare con febbre e che servono anche come bevande temperanti vi è il latte diluito con acqua fresca in quantità diversa secondo l'età e le facoltà digestive del ventricolo e il rosso d'ovo sbattuto nel brodo di carne sgrassato o nell'acqua fresca zuccherata. Se però il bambino abborre da qualsiasi nutrimento, non si costringa ad assumerne per forza, eccetto in circostanze eccezionali.

La camera ove dimora l'ammalato va tenuta in una mezza oscurità ordinariamente, completa se soffre di fotofobia; lungi dai rumori di qualunque sorta e al riparo dai disturbi delle persone che frequentano la famiglia. Essa deve essere spaziosa, ventilata in modo che la corrente continua d'aria che deve attraversarla non colpisca direttamente il letto ove l'ammalato riposa.

La biancheria che serve al suo uso e alla cura va cangiata spesso e disinfettata ogni volta, immergendola in recipienti contenenti delle soluzioni di acido borico al cinque per cento o di sublimato corrosivo all'uno per duemila, oppure di ipoclorito di calce al titolo del 15 per cento. La pulitura del corpo deve anche essere fatta con molta diligenza e coll'acqua tiepida che distacca più facilmente lo sporco.

Le deiezioni alvine debbono, a meno che si tratti di lattanti, essere raccolte in un recipiente basso, largo e fatto a posta perchè il sacro del paziente possa appoggiarvisi a suo bell'agio e si devono disinfettare non appena sono emesse colle soluzioni di cui si disse or ora e prima di versarle nella latrina. Si disinfetti eziandio questa con una soluzione più concentrata di ipoclorito di soda o spargendo il medesimo su di esse. La disinfezione deve estendersi agli sputi, alle sostanze vomitate, ecc.

Le persone destinate ad assistere questi ammalati debbono usarsi molti riguardi di pulizia, e quindi lavarsi spesso le mani, cangiare di abiti e disinfettarli se per caso cadde su di essi qualche spruzzo di qualsiasi sostanza infettiva emessa dall'ammalato.

Quantunque il decorso d'un morbo infettivo acuto sia ciclico e sebbene la febbre sia una necessità assoluta richiesta dalla natura della malattia, nè si possa sempre diminuire la sua intensità, coi rimedi, tuttavia anche quando essa è di breve durata e la temperatura non eccessiva, io credo che il medico non debba mai starsi a contemplare il fatto morboso come un osservatore inoperoso, ma concorrere col suo sapiente intervento per il vantaggio del suo ammalato impedendo almeno in parte gli effetti che produce sull'organismo la consunzione febbrile dei tessuti, disinfettandoli parimenti e sostenendo almeno le forze del sistema nervoso anche quando è convinto che non si possa far di più.

Per cui è assai utile somministrare delle dosi toniche di solfato di chinino, che, come sappiamo, sono inferiori a quelle febbrifughe che si fanno sciogliere nell'acqua distillata, oppure nel vino rosso o bianco, secondo i casi e come il medico crederà più opportuno di fare, o in sua vece del vino chinato oppure del decotto di scorza di china, trattandosi di bambini in tenera età, corretto con qualche sciroppo aromatico onde facilitarne la somministrazione.

In quanto alla dose del solfato di chinino come febbrifugo e la temperatura che ne indica la prescrizione mando il lettore al paragrafo apposito dei febbrifughi.

La debolezza circolatoria e cardiaca la quale si manifesta per mezzo della rapidità dei toni cardiaci e del polso unitamente alla loro debolezza, dall'essere fredde le estremità, superficiale la respirazione, la faccia alquanto cianotica e dal soffio sistolico che si sente praticando l'ascoltazione quando l'evoluzione cardiaca non si compie tanto rapidamente, la quale debolezza si osserva nelle malattie infettive in cui la temperatura raggiunge un alto grado nel quale persiste un tempo maggiore dell'ordinario e quelle la cui durata è assai lunga, va curata per mezzo di cataplasmi senapati applicati sul petto e sulle estremità inferiori, sul ventre, ecc. Il massaggio è anche indicato in questi casi ed è destinato ad eccitare la circolazione della pelle e si opera con pezzi di lana calda imbevuti di olio canforato, di balsamo nervale, balsamo di opodeldoch liquido. Dopo averlo operato si avviluppano le membra con flanelle calde e si circondano di bottigliette piene d'acqua calda.

Internamente si continui a somministrare il febbrifugo a dose tonica affinchè non deprima di più le forze facendolo sciogliere nell'acqua distillata alla quale si aggiunge la tintura di muschio tonquimese, dell'elisir anodino Hofman, della tintura di cannella o qualche gramma di rum o di cognac se il bambino è già grandicello.

Se vi fosse un tale meteorismo che inceppasse l'abbassamento del diaframma e disturbasse la evoluzione cardiaca e la funzione polmonare, si devono prescrivere dei clisteri evacuanti abbondanti onde ottenere un rapido effetto.

I fenomeni che si riferiscono al sistema nervoso dipendono ordinariamente dall'alta temperatura e dall'avvelenamento del sangue delle sostanze infettive assorbite e consistono nel delirio, sopore, coma, convulsioni, ecc., e si curano in parte per mezzo di quegli antipiretici i quali oltre a diminuire la temperatura disinfettano eziandio il sangue ed i tessuti e sostengono la tonicità del sistema nervoso, e localmente per mezzo di vesciche di ghiaccio

applicate sul capo o con bagni freddi fatti con pezzuole intrise d'acqua fredda e spremute, meglio ancora col berretto a corrente d'acqua fredda continua. Se avvenissero convulsioni è meglio prescrivere i bagni d'acqua tiepida a 32° C. prolungati molte ore, i quali, oltre a diminuire la temperatura, dilatano i capillari cutanei, per cui esercitano una forte derivazione verso il cervello la decongestione del quale viene poi aiutata dalle applicazioni fredde contemporanee fatte sul medesimo. Inoltre questo bagno ha un'azione molto calmante sul sistema nervoso.

Allorquando poi è raggiunto il periodo in cui si eliminano i detriti dei tessuti e le secrezioni che contengono i principii morbosi che sono suscettibili di riprodurre le stesse malattie in un organismo sano è con maggior diritto più urgente il tenere isolati i bambini.

Mentre nello stesso tempo si potrà aiutare il distacco delle larghe squamme, delle croste e delle scaglie forforacee della pelle per mezzo di bagni tiepidi, da soli o facendo sciogliere nei medesimi delle sostanze alcaline, del sapone, ecc., oppure invece di essi fregando leggiermente la pelle con vaselina borica, glicerina, olio, pomata di spermaceti, ecc. È inteso che le biancherie usate ad asciugare e pulire di nuovo questi ammalati vanno disinfettate come già si è detto prima.

Devesi inoltre impedire possibilmente che il ragazzo si gratti e stacchi violentemente le croste per non scoprire le ulcerazioni cutanee che stanno talvolta riparandosi sotto di esse.

Trattandosi poi di pustole vaiuolose, si può fare di più, cioè è meglio incidere colla lancetta quelle più larghe e confluenti per vuotarle del contenuto onde curare le ulcerazioni sottoposte affinchè non si approfondino e lascino delle cicatrici deformanti. Si spolverano quindi con acido borico, acido salicilico e occorrendo anche con iodoformio; a meno che vi si possano applicare delle pezzuole bagnate nelle soluzioni della prima sostanza le quali vanno poscia coperte con fogli di guttaperca.

La riparazione delle ulcerazioni intestinali succede quasi sempre spontaneamente essendo mantenuto il bambino nelle più buone condizioni igieniche.

Se però una diarrea leggiera ma continuata, durante la convalescenza, ci facesse sospettare che persiste ancora qualche abrasione epiteliale o delle ulcerazioni nell'intestino conviene farne subito la cura la quale sarà eguale a quella che abbiamo descritto parlando del catarro enterico cronico.

Il medico non deve occuparsi in modo speciale della diarrea che avviene nel periodo acuto della febbre tifoidea a meno che diventi ecce-

zionalmente abbondante, oppure se essendo sanguinolenta ci dimostri che qualcheduna delle ulcerazioni intestinali si sono approfondate e rotto qualche vaso. Nel primo caso è quasi sempre moderata dal salicilato di soda o meglio dal magistero di bismuto se invece del primo si usa il chinino o un altro febbrifugo. Nel secondo si può provvedere aggiungendo una dose di tannino, adatta all'età, alla soluzione di salicilato di soda a meno che si preferisca darla separatamente, e fare poscia dei bagni freddi sul ventre i quali avrebbero inoltre il vantaggio di diminuirne la temperatura. Ma affinchè dalla applicazione cutanea non derivi una congestione degli organi interni corrispondenti alle località dell'applicazione ed a quelli lontani è necessario che il freddo non sia troppo intenso ma piuttosto continuato a lungo. In questo modo la sua azione astringente sui vasi capillari si manifesterà meglio e con maggiore effetto non soltanto sui superficiali ma eziandio su quelli profondi. Tanto più che questa applicazione si fa ordinariamente su di una superficie relativamente molto allargata ed è più tollerata dai bambini. Si può far per mezzo di pezzuole bagnate nell'acqua, poscia spremute e piegate varie volte su di se stesse secondo l'effetto che si vuol produrre.

Per lo stesso motivo nei bambini vanno sostituiti ai bagni freddi i bagni tiepidi prolungati per calmare la febbre, i quali impiegano bensì un tempo maggiore ad ottenere il loro effetto ma questo è più duraturo e si estende con maggior vantaggio e minor pericolo a mantenere intatta la funzione degli organi interni.

Non vi è malattia d'infezione acuta la quale non venga complicata da qualche malattia degli organi respiratorii ed intestinali, ed altre volte ma molto più di raro degli organi renali e del cuore. Le prime sono ordinariamente catarrali come le osserviamo quando sono prodotte da altre cause. Le altre possono anche manifestarsi nel modo comune con cui si osservano ordinariamente, ma sono sempre complicazioni assai più gravi per un organismo affetto da altre malattie.

Qualunque esse siano vanno curate coi precetti dati nei rispettivi capitoli, avvertendo però che siccome queste per l'indole della malattia principale, per la denutrizione del bambino, per l'inerzia organica tendono a prendere la forma cronica, si debbono per tempo sostenere le forze dell'ammalato ed eccitare la nutrizione per quanto questa viene permessa dallo stato del tubo gastroenterico.

Le piaghe dette di decubito si osservano molto raramente nei bambini anche allorquando la malattia infettiva ha una lunga durata e nel suo decorso predominano i fenomeni adinamici del cuore o del sistema nervoso.

Alcune volte cominciano ad apparire per mezzo d'un eritema alla regione sacrale durante il secondo periodo della febbre tifoidea in cui la diarrea senza essere copiosa è molto frequente e non sono pari le cure della madre che si riferiscono alla pulizia. In altri casi appariscono nello stesso modo, ma lungo il terzo periodo nel quale, sebbene la febbre vada successivamente diminuendo di intensità, tuttavia questo fatto è ancora insufficiente ad aggiungere dell'energia all'attività nervosa e circolatoria già aiutata dall'aumentata nutrizione per la condizione migliorata delle vie digerenti.

Presso altri bambini in luogo di cominciare con un eritema che è seguito da esfogliazione sono precedute da un'escara nera o grigia fortemente aderente ai tessuti sui quali si vede applicata e attorno ai suoi bordi vi è un'areola rossa limitante circondata essa stessa, in proporzione della profondità alla quale essa si insinua, da un cercine rosso azzurrastro più allargato. Fino ad un certo punto si possono impedire seguendo il consiglio del medico, cioè esaminando spesso le parti sulle quali si sa che queste piaghe appariscono più frequentemente, tenendo la regione asciutta, ben pulita, cangiando il bambino di posizione e proteggendo dalle pressioni queste parti dalle quali la denutrizione febbrile fa scomparire il tessuto adiposo di protezione, per mezzo di cotone fenicato, amido polverato, mucilaggine canforata, tela impermeabile, cuscini pieni di crusca o di piante aromatiche sminuzzate, garza fenicata o preparata coll'acido borico secondo i casi e le lesioni presentate.

Queste cure convengono anche quando il decubito in luogo di apparire al sacro invase il calcagno, la regione scapolare, quella posteriore del gomito, ecc.

Costituitasi l'abrasione epidermidale o una vera ulcerazione si useranno ora gli involgenti semplici come amido in polvere, o spore di licopodio, ora contenenti qualche sostanza astringente come tannino, estratto secco di ratania ridotto in polvere, o tonico nello stesso tempo come scorza di china in polvere impalpabile, oppure la vaselina borica o fenicata o la glicerina preparata nello stesso modo coprendo la medicazione con un foglio di guttaperca e ponendo sopra di essa un apparecchio adatto a impedire le pressioni. Si può anche usare l'iodoformio finamente polverato in sostanza o incorporato in un corpo grasso, secondo l'effetto da ottenere, e in questo caso alla dose del dieci o venti del primo per cento dell'altro o di vaselina.

Le altre malattie che interessano specialmente la pelle ed il tessuto sottoposto, delle quali deve ancora occuparsi il medico verso il termine

delle malattie infettive gravi o di lunga durata, sono rappresentate da ascessi sottocutanei collocati ordinariamente tra la pelle ed una superficie ossea sporgente o un'articolazione e più frequentemente da foruncoli i quali per mezzo delle loro successive comparse possono invadere moltissime regioni della superficie cutanea.

Questa foruncolosi accompagnata da una febbricciattola che si osserva tutte le volte che compare un nuovo focolaio infettivo è riguardata da alcuni pratici come una infezione purulenta. E di fatti non di raro la febbre che l'accompagna ha perfino il carattere intermittente irregolare che la distingue.

Più che dai febbrifughi questa va curata dai tonici come decotto di china, o con dosi piccolissime e rifratte di bisolfato di chinino sciolto nell'acqua o nel vino bianco o in una leggiera decozione di corteccia peruviana e coi ricostituenti che si possono mettere in uso secondo lo stato delle vie digerenti. E di mano in mano che apparirà qualche flemmone o qualche nuovo foruncolo si tratterà coi cataplasmi emollienti ben caldi onde eccitare la suppurazione e non appena la fluttuazione sarà evidente in tutti i punti dell'ascesso si farà una puntura e dopo averne vuotata completamente la cavità vi si faranno delle iniezioni di sublimato corrosivo alla dose dell'uno per mille o per duemila di acqua distillata affine d'impedire l'ulteriore formazione del pus. La medicazione consecutiva sarà continuata con garza fenicata, cotone fenicato, ecc.

La soluzione di dentocloruro d'idrargirio può essere sostituita da un'altra di acido fenico liquido alla dose dell'uno o due per cento o di acido borico al quaranta o cinquanta per ogni litro di acqua, ma sempre con minore vantaggio.

Alcune volte in luogo della foruncolosi avviene la diarrea anche quando sono usati scrupolosamente tutti i riguardi igienici possibili.

Questa va curata immediatamente avendo riguardo alle conseguenze che ne possono derivare. Un leggiero purgante di calomelano o di olio di ricino o di tintura acquosa o vinosa di rabarbaro non tanto di raro la sospende. Se questo fortunato evento non succede si curerà secondo le norme già dette nei paragrafi antecedenti relativi al catarro intestinale.

Giunto a guarigione un ragazzo che fu ammalato di febbre tifoidea o in generale d'una malattia infettiva grave e di lunga durata o anche per aiutarla lo si mandi, possibilmente, in campagna, in luoghi alpestri se la stagione ed il tempo lo permettono. In primavera ed in autunno o d'inverno in cui fanno mille variazioni il vento, l'umidità e le correnti d'aria si mandino invece in regioni littorali il cui clima oltre d'essere tiepido è

costante, oppure si tengano in casa e in locali ben aerati e spaziosi ed opportunamente riscaldati.

La sua vita va resa lieta dalle carezze dei parenti, dai giuochi, dai piccoli divertimenti e dalle ricreazioni adatte all'età ed alle tendenze del suo carattere. Ed il lavoro muscolare impiegato deve essere in principio minimo e poscia aumentare gradatamente per schivare l'esaurimento di forze che alcune volte fa perdere l'appetito ed il sonno ai convalescenti. Questi riguardi sono dovuti all'eccessiva sensibilità del loro sistema nervoso che è sempre una conseguenza di tutte le malattie esaurienti e di lunga durata.

L'alimentazione dapprima non deve essere eccitante, facilmente digeribile e somministrata in piccole quantità e frequentemente. In seguito dal latte, dalle rossumate, dalle zuppe al brodo concentrato si passerà alle uova cremate, alla carne, al pane, ecc. di mano in mano che la funzione masticatoria, stata a lungo inerte e forse compromessa dalla denutrizione e dall'indebolimento dei muscoli che debbono compierla, va acquistando la sua attitudine fisiologica.

Relativamente all'ulteriore nutrizione il medico deve avere anche di mira lo stato fisiologico speciale con cui si manifesta normalmente l'organismo del convalescente per poterla opportunamente adattare ed eziandio, conoscendo da lungo tempo la famiglia, le diatesi congenite, per poter dirigere opportunamente la nutrizione di quel corpo che, si può dire, è richiamato a nuova vita ed i tessuti ad una nuova formazione la quale può renderlo robusto qualora sia aiutata da ottimi elementi e colla robustezza renderlo più resistente alle malattie alle quali potrebbe essere soggetto e predisposto ulteriormente secondo le diatesi congenite ereditate dai parenti.

Tenendo quindi conto di questi fatti e dei tessuti che furono più esposti alla distruzione durante la conflagrazione generale, si somministri, unitamente ad un'alimentazione tonica, l'olio di merluzzo, o l'emulsione Scott o Pignatelli, il ferro o il fosfato di calce, oppure i preparati arsenicali.

E fintantochè non si è del tutto rimesso e migliore di prima, non si parli di scuola, nè di occupazioni intellettuali, nè di lunghe passeggiate, nè di esercizi ginnastici. Vanno anzi fino allora evitate tutte le più piccole cause di stanchezza eccessiva e tutte quelle che hanno per conseguenza delle flussioni agli organi interni, tanto più nei casi in cui il bambino fosse predisposto per eredità, o per averle già sofferte altre volte, alle malattie di petto.

Della cura della Difterite. — Il virus difterico essendo trasmissibile dall'organismo ammalato a quello sano con una grande facilità, e producendo rapidamente i suoi effetti, riesce molto breve il suo periodo prodromico e per la proprietà che ha di fissarsi sugli oggetti che circondavano l'ammalato o si trovavano nella camera in cui fu curato, è assolutamente necessario, non soltanto di isolare immediatamente i bambini infetti e le persone destinate alla loro cura ed assistenza fintantochè la guarigione sia completa, ma eziandio di disinfettare la camera dove stette ammalato. Per cui è necessario togliere le tappezzerie, rinnovare l'intonaco di calce del muro, non bastando raschiarlo, come si usa tuttora; sottoporre all'azione degli antisettici il letto, il materasso, il pagliericcio e tutte le biancherie della stanza quantunque non abbiano anche indirettamente servito all'ammalato e apparentemente non sembrino infette, mediante una soluzione di ipoclorito di calce di cui una parte diluita al dieci o al venti per cento serve per le biancherie e può essere sostituita dal solfato di ferro o dal cloruro di zinco; un'altra molto concentrata sarà utile per disinfettare i mobili, e le altre cose le quali non si possono o meglio ancora non si debbono allontanare dalla camera. Si aggiungerà a questa dell'aceto forte o dell'acido solforico per ottenere lo sviluppo del cloro, dopo di che la camera si chiuderà ermeticamente e non si aprirà di nuovo finchè siano trascorsi almeno due giorni. In cambio dell'ipoclorito di calce si può usare lo zolfo il quale essendo acceso lascia emanare del gas acido solforoso.

La cura della difterite è generale e locale. Questa serve non solo a procurare la guarigione della parte dell'organismo che ne fu affetta per la prima, ma ancora per tentare di impedire l'infezione generale, la quale può avvenire anche in seguito di lesioni locali di poca entità.

Il contagio è contenuto dalle membrane ed è appunto dal loro contatto che debbono guardarsi tanto il medico quanto gli assistenti dell'infermo allorquando sputa, tossisce, vomita, gargarizza, ecc. onde nessuno spruzzo dei liquidi rimessi venga gettato sulla faccia o sugli abiti e per queste vie si propaghi la malattia.

Per cui tutte le sostanze eliminate vanno raccolte in recipienti contenenti liquidi disinfettanti, dei quali fu già detto più volte, e si pretenda che non si adoperino mai le biancherie per raccoglierli. Se ciò succedesse si disinfettino immediatamente.

I rimedi usati sono numerosissimi. Fra di essi indico primieramente il cloridrato di pilocarpina coll'uso del quale si fa una abbondantissima secrezione salivale che penetra le placche difteriche, le gonfia, le macera

e disinfetta leggermente per la sua alcalinità. In seguito al suo uso cadono a brandelli, disfatte, spappolate. Inoltre la continuata secrezione serve parimenti come mezzo involgente e detersivo delle ulcerazioni rimanenti. Con tale rimedio furono ottenute varie guarigioni di difterite della bocca, fauci, faringe, esofago, ecc. Ma è inutile per quelle dalla laringe, delle fosse nasali, dovendo essere portato direttamente dalla saliva sulle parti ammalate e quindi essendo inutile l'adoperare il rimedio per mezzo del polverizzatore.

P. Cloridrato di pilocarpina centigrammi tre . . . cinque
Acqua distillata . . . grammi cento
(Un cucchiaino ogni due o tre ore).

Io stesso ottenni buonissimi effetti da questo rimedio nella difterite localizzata nelle suddette regioni, ecc., ma contemporaneamente usai il chinino e le polverizzazioni di acqua di calce oppure le pennellazioni di una mistura fatta con acqua di calce e miele rosato a parti eguali, più volte al giorno tanto le une quanto le altre.

Alcuni medici adoperano invece i caustici in tutti i periodi della malattia locale, ma oltre che il loro uso è pericoloso per l'irrequietezza degli ammalati non ci fanno ottenere lo scopo desiderato perchè talvolta le placche difteriche non hanno contorni decisi ma i loro bordi si continuano insensibilmente colla mucosa, per cui è difficile estendere o limitare l'effetto del caustico alla sola parte ammalata. Inoltre il caustico ordinario usato per questa piccola operazione è il nitrato d'argento la cui azione non si estende in tutto lo spessore delle membrane, come sarebbe desiderabile, ma si limita a coagulare ed essiccare gli strati superficiali lasciando intatti quelli profondi che vanno poi cauterizzati dopo che sia caduta la prima escara.

Non devo passar sotto silenzio il pericolo al quale si espone con tal metodo di cura un bambino molto capriccioso e irrequieto. Giacchè il bastoncino di nitrato d'argento può rompersi per quanto si faccia attenzione e si sia abituati a cauterizzare le fauci di bambini ed esso sia molto corto, ed allora può venire inghiottito. In questi casi consiglio di somministrare delle grandi quantità di latte, onde involgere il caustico e proteggere ad un tempo le pareti del ventricolo. Dopo una mezz'ora si prescriva del tartaro stibiato alla dose di cinque centigrammi per cento d'acqua zuccherata, del quale bisogna somministrarne un cucchiaino ogni dieci minuti. Col vomito vengono espulsi dei coaguli gelatinosi di latte alcuni dei quali sono tinti in nero, perchè contengono il nitrato d'argento già trasformato in solfuro e ridotto a pezzi.

Un altro metodo è quello di somministrare delle grandi quantità di acqua calda contenente in soluzione del sale di cucina. Come sappiamo essa eccita il vomito e fa trasformare l'azotato d'argento in cloruro che è innocuo.

Per mio conto preferisco unire tutti gli effetti ad un tempo aggiungendo, se occorre, del sale di cucina al latte di vacca.

Per schivare questo pericolo che disgraziatamente è assai frequente si usi il pennello intriso in una soluzione di nitrato d'argento titolato all'uno per dieci.

Uno dei modi seguiti per curare questa malattia consiste nelle polverizzazioni con sostanze antisettiche liquide o sciolte nell'acqua come acqua di calce, ipoclorito di calce alla dose di dieci grammi per duecento di acqua, permanganato di potassa alla dose di un gramma per ogni cento di acqua distillata, di acido fenico nella stessa dose. Alcuni usano l'acido lattico alla dose di un gramma per centocinquanta d'acqua distillata. Le polverizzazioni vanno ripetute alcune volte lungo il giorno e si faranno in modo che tutta la nebbia sia raccolta dal padiglione del tubo di vetro che si metterà nella bocca del bambino, ed è utile continuarle fino al termine della malattia.

Inoltre tanto nei bambini che sanno gargarizzare quanto negli altri si facciano delle penellazioni con le seguenti misture:

P. Acido fenico liquido . . . grammi due
Acqua di calce, miele rosato . » cinquanta
(Uso esterno).

P. Sublimato corrosivo . . . centigrammi dieci
Acqua distillata . . . . grammi cento
(Collutorio).

Le penellazioni vanno ripetute frequentemente per la poca quantità di rimedio che con esse si mette a contatto della mucosa della bocca, delle placche, delle ulcerazioni difteriche accessibili. Sono un ottimo rimedio locale utilissimo specialmente quando per circostanze speciali sono impossibili le polverizzazioni; servono inoltre a promuovere il distacco delle placche.

Le emorragie dipendenti dalle ulcerazioni difteriche le quali avvengono quasi sempre durante il distaccarsi delle placche o subito dopo si frenano col nitrato d'argento in sostanza se sono ben visibili e accessibili; in caso contrario con gargarismi astringenti, pezzetti di ghiaccio, acqua ghiacciata oppure portando sulla mucosa dove apparisce l'emorragia una sostanza astringente come sarebbe del tannino puro, per mezzo d'un pennello, in

polvere asciutta o sciolta in glicerina alla dose dell'uno per cinquanta. In luogo di esso puossi usare il percloruro di ferro liquido alla stessa dose.

Può succedere che il ragazzo capriccioso non voglia aprir la bocca per lasciarsi medicare. Si facciano allora delle iniezioni delle suddette sostanze antisettiche, astringenti, detersive, nominate, ma in soluzione molto diluita, affinchè inghiottendole non arrechino alcun effetto velenoso, per la via delle narici, del vestibolo della bocca dal quale può penetrare una certa quantità di rimedio nella sua cavità e di là nelle fauci e nella faringe mentre il bambino per emettere un grido abbassa il mascellare inferiore, o frammezzo i denti e talvolta attraverso una piccola apertura esistente posteriormente fra i due mascellari, anche quando sono tenuti fortemente a contatto.

I gargarismi tanto utili in tutti i loro pericolosi effetti nella difterite delle fauci aiutano molto la cura locale se i ragazzi sono capaci o si prestano a tale funzione. Con essi si lavano le superficie icorose o purulenti e si disinfettano, e infine si favoriscono le cicatrizzazioni. Le dosi di alcuni furono già date. Il clorato di potassa, il biborato di soda, il clorato di soda si prescriveranno alla dose del cinque per cento di soluzione, l'acido borico all'uno o due, con o senza l'aggiunta di miele rosato come correttivo, e involgente delle parti affette.

In quanto alla difterite delle fosse nasali va curata colle iniezioni e colle polverizzazioni. Complica quasi sempre quella delle fauci e delle congiuntive.

La difterite della laringe va curata con frequentissime polverizzazioni di liquidi detersivi, alcalini, disinfettanti, astringenti imperocchè non si possono con egual frequenza e facilità introdurre delle sostanze medicamentose nella sua cavità. Si useranno inoltre gli espettoranti onde promuovere tanto il distacco quanto l'eliminazione delle membrane già staccate in parte. Non bastando la poligala, nè l'ipecaquana, nè il cloridrato d'apomorfina a dosi espettoranti si possono dare queste due ultime a dosi emetiche somministrandole più abbondantemente e frequentemente. Non bastando si faccia immediatamente la tracheotomia prima che l'asfissia si faccia completa e con essa la paralisi dei centri nervosi cerebrospinali. In tutto il decorso della malattia vanno sempre sostenute il più diligentemente possibile le forze dell'ammalato.

Della cura della Risipola in generale. — Da quanto si disse più volte emerge sempre la necessità di tener i bambini in ottime condizioni igieniche per quel che riguarda l'aria, la luce, l'alimentazione, l'ambiente,

la pulizia, ecc. Per cui predominando epidemicamente questa malattia è d'assoluta necessità isolare immediatamente gli infetti unitamente alle persone incaricate della loro sorveglianza.

Vanno inoltre schivate, se non sono assolutamente urgenti, tutte le operazioni chirurgiche accompagnate da incisioni, punture, ecc., come sarebbero, a cagion d'esempio, la vaccinazione, l'esportazione d'una cisti, ecc., e tanto più se il bambino da operare è gracile, debole, immaturo, per il quale la prognosi è sempre assai più riservata.

Se poi l'operazione sia urgente, se si può si faccia trasportare il bambino in un'altra località o almeno si mettano in opera quando questa si fa e per le medicazioni, tutti i mezzi antisettici onde impedire la sua invasione.

Relativamente alla cura da prestarsi al focolaio per il quale si introdusse il miasma, se vi è, e trattandosi di ulcerazioni più niente ci resta da dire dopo ciò che abbiamo scritto nel capitolo delle malattie ombelicali e negli altri.

Trattandosi d'un ascesso, si deve fare la cura come già si disse parlando degli ingorghi ghiandolari acuti. Le ulcerazioni della mucosa nasale, causa frequente della risipola facciale e delle sue recidive, si curano pure come si disse nell'apposito paragrafo, cioè cauterizzandole con una soluzione di nitrato d'argento se sono visibili o dirigendo su di esse con una siringhetta una soluzione di permanganato di potassa o di acido borico o di sublimato corrosivo diluito.

Venendo complicata la risipola da qualche altra malattia, di cui le più comuni sono il catarro bronchiale o intestinale, se ne farà la cura potendosi considerare le stesse come una conseguenza dell'infezione generale. Ed in questo caso presento ai miei lettori una formola utile a diminuire la temperatura, a combattere la diarrea ed a favorire l'espettorazione di cui molte volte mi servo con vantaggio; serve per i bambini d'un anno di vita:

P. Salicilato di soda . . .	centigrammi	venti
Acqua di anice edulcorata	grammi	ottanta
Tintura alcoolica di lobelia inflata	goccie	venti

(Un cucchiaino ogni due ore).

Nell'Ospizio dell'infanzia abbandonata di Torino dal giorno in cui venne abolita la *vaccinazione* dei neonati cessarono d'infierire le epidemie erisipelatose che durarono per tutti i venticinque anni in cui si praticò la

suddetta operazione *ufficialmente* e senza distinzione dell'età, della robustezza e della gracilità dei bambini ed erano alternate da periodi di calma assai brevi. Ne venivano affetti quasi tutti i bambini vaccinati. Quelli che non morivano nella prima settimana rimanevano affetti dopo da flemmoni o da ulcerazioni le quali non di raro si approfondavano fino al periostio ed erano seguite talvolta esse stesse da risipole secondarie. I bambini morivano di esaurimento febbrile, di marasmo consecutivo a catarro intestinale, di broncopolmonite, di febbre purulenta, setticemia, ecc.

CAPITOLO XIX.

Delle infezioni croniche o malattie costituzionali in generale — Della Tubercolosi — Della Scrofola — Del Rachitismo — Della Sifilide — Dell'Anemia — Della Porpora emorragica.

La maggior parte di queste malattie hanno colle infezioni acute una tale analogia che a non pochi autori venne prima d'ora l'idea di chiamarle collo stesso nome, variando solamente l'appellativo che le caratterizza per la maggior durata. La quale per alcune di esse è uguale a quella della vita di coloro che ne sono affetti, non già perchè ne producano costantemente e in tutti la cessazione prima dell'epoca media normale, ma perchè avendo per carattere d'invadere primitivamente degli organi di secondaria importanza e di procedere lentamente, sono compatibili coll'esercizio delle principali funzioni che ne vengono alterate solo di raro e in grado relativamente leggiero, in principio poco durevole e solo coll'andar del tempo, e dopo il successivo ripetersi e il progredire dell'invasione, in modo grave. Perchè, infine, mantenendo l'organismo in ottime condizioni igieniche, continuamente, si impediscono o si ritardano almeno le loro manifestazioni e l'individuo ne rimane illeso quantunque vi siano talvolta sul suo corpo, latenti o visibili, i caratteri che fanno distinguere la diatesi da cui è affetto.

Il carattere infettivo d'alcune di esse è provato dal fatto che si trasmettono da un organismo all'altro mediante l'ereditarietà, di altre colla inoculazione.

Al pari delle infezioni acute, le malattie infettive croniche hanno il loro periodo d'incubazione non sempre ben distinto per tutte, il quale è costituito dal cangiamento che subiscono le funzioni dell'organismo a lungo mantenuto in cattive condizioni igieniche, e che lo predispone ad essere assalito da qualunque malattia che in tali condizioni assume fin da principio un andamento cronico.

Tale cangiamento, che si manifesta per mezzo dell'anemia, della prostrazione di forze, della diminuzione del peso del corpo, dell'inerzia della vita intellettuale e organica, per essere ribelle e resistente ai più razionali metodi di cura seguìti nella località dove l'ammalato dimora e per il fatto

che viene poco avvantaggiato dall'allontanamento del bambino dalla medesima, anche quando viene protratto, parla assai eloquentemente agli occhi del medico e tanto di più se dalla conoscenza della famiglia o della parentela o da certi caratteri fisici venne prima d'allora messo in guardia.

Nello stesso modo delle infettive acute le costituzionali sono precedute da una malattia comune, che apparentemente può essere dipendente da una causa di natura diversa, la quale non agisce mai con molta intensità ma a lungo, essendo aiutata validamente dalla predisposizione speciale dell'organismo che ne favorisce lo sviluppo. E questa è nella maggior parte dei casi sempre la stessa per ciascuna diatesi.

Così vediamo che il rachitismo è sempre preceduto da un catarro intestinale lento ed in alcuni casi possiamo anche dire ch'esso è causato dallo stesso allorquando il genere di alimentazione permette che si facciano delle fermentazioni anormali i cui prodotti vengono assorbiti dal sangue e deposti nei tessuti. Però le deformità ossee ora incominciano lungo il decorso delle prime manifestazioni, ora dopo che le diligenti ed assidue cure mediche ottennero la guarigione. In alcuni casi poi le lesioni delle ossa si estendono più rapidamente e su di un grande numero delle stesse: in altri si formano tanto lentamente che paiono rimaste stazionarie nelle regioni che furono le prime ad essere invase.

Il modo con cui le une e le altre malattie infettive vengono trasmesse pone fra di loro un'analogia non priva d'importanza. Imperciocchè è vero che la sifilide e la tubercolosi si trasmettono per inoculazione e per ereditarietà e la seconda ha in comune colle malattie infettive la trasmissione da un individuo affetto ad un altro sano per mezzo dei prodotti delle lesioni specifiche anche disseccati, tuttavia per la maggior parte delle malattie costituzionali la causa principale sta nell'ereditarietà e nelle cattive condizioni igieniche. Mentre per le infettive acute quella è inattiva e queste senza l'azione del miasma o del virus specifico al quale deve essere esposto l'organismo non esercitano il loro effetto. E non possiamo nemmeno esser certi, ma solo sospettare che la debolezza nella quale vengono tenute a lungo le sue funzioni predispongano alla loro invasione.

In quanto all'inoculabilità di alcune fra le malattie infettive acute sappiamo che è provata e come l'intensità del virus sia massima durante il periodo in cui è molto evidente la sintomatologia relativa alle lesioni specifiche e come la trasmissione sia favorita durante l'eliminazione dei loro prodotti.

Inoltre nello stesso modo che l'organismo d'un bambino immerso in un ambiente infetto da varie malattie infettive acute, rimane colpito da

qualcheduna di esse, così venendo tenuto in cattive condizioni igieniche per un dato tempo diventa a lungo andare affetto da una malattia costituzionale non ostante che oltre d'essere robusto sia anche stato procreato da genitori tali. Ed allora la diatesi acquisita dirigerà le sue manifestazioni specifiche sul sistema di organi o di tessuti indicato dalla malattia prodromica. Così, a cagion d'esempio, se questo organismo sarà affetto abitualmente da un catarro enterico lento, può diventare col tempo anche affetto da rachitismo, oppure, ma più di raro, possono formarsi delle ulcerazioni nella mucosa e degli ingorghi ghiandolari linfatici lenti nel mesenterio.

Ora dal semplice ingorgo lento all'infiltrazione caseosa o tubercolare non vi è che un passo il quale viene facilmente superato se continuano a persistere le condizioni igieniche inopportune e nocive; come pure un catarro bronchiale cronico può essere seguito dall'ingorgo lento delle ghiandole linfatiche disposte lungo i bronchi o nella loro biforcazione o di quelle dei mediastini.

Questi fatti non sono tanto rari come a prima vista si potrebbe credere e quando ci capitano sotto l'osservazione siamo nell'incertezza trattandosi di decidere se si tratti d'una diatesi congenita o acquisita perchè sappiamo che i bambini esposti ad eguali condizioni igieniche inadatte non vengono mai assaliti dalla stessa malattia, ma alcuni da rachitismo, altri dall'anemia, un altro da tubercolosi e così di seguito.

E nello stesso modo che un bambino può essere assalito contemporaneamente oppure durante il decorso di una da un'altra malattia infettiva acuta o anche dopo la terminazione della medesima, lo stesso può succedere relativamente alle infezioni croniche; così il rachitismo è non di raro accompagnato dalla scrofola o dalla sifilide, e questa può essere seguita dalla tubercolosi. Ed infine la macilenza che noi consideriamo come una malattia costituzionale conseguenza della denutrizione, è accompagnata sempre dall'anemia e mantiene inoltre l'organismo in un tale stato di debolezza che favorisce l'invasione di qualunque malattia.

Un altro punto d'analogia fra le due classi di malattie è ancora questo che le diatesi congenite ed acquisite hanno talvolta il loro punto d'origine in un'infezione acuta, o in una malattia infiammatoria avvenuta nel suo decorso. Così vediamo non di raro come una pleurite consecutiva ad una scarlattina, ad un morbillo o ad una febbre tifoidea è seguita dalla tubercolosi polmonare, per cui questa si può considerare come la mediata continuazione delle prime. Vediamo pure che questa malattia invade anche talvolta l'organismo d'un ragazzo che è convalescente d'una febbre tifoidea

senza l'intermedio d'un altro processo morboso che ne prepari l'introduzione.

La tubercolosi polmonare ha il suo principio qualche volta da una broncopolmonite delle parti superiori dei polmoni avvenuta durante una febbre tifoidea, oppure da una polmonite crupale a lento decorso.

L'anemia e la denutrizione sono sempre consecutive a tutte le malattie infettive. Nè lasciamoci illudere dal fatto il quale sembra annullare la nostra opinione che la continuazione d'una malattia costituzionale infettiva non è immediata ma decorre un certo tempo prima che siano ben caratterizzati i suoi sintomi, nel quale sembra latente. Questo prova sempre più il nostro asserto e l'analogia che ci siamo prefissi di voler dimostrare fra le due classi di malattie. Imperocchè detto periodo di tempo si può considerare come quello d'incubazione durante il quale succede la formazione e lo sviluppo del prodotto morboso diatesico, il quale non appena ha raggiunto un certo limite altera, più o meno gravemente, la funzione dell'organo che lo contiene per cui cominciano a manifestarsi i primi sintomi della malattia.

Le malattie costituzionali hanno, al pari delle infettive, delle manifestazioni secondarie, le quali talvolta dipendono direttamente dalle lesioni specifiche e sono molto estese, importanti e tali da alterare profondamente le funzioni dei principali organi quantunque si presentino in modo diverso nei vari individui che ne sono affetti. E a cagion d'esempio ricordo le deviazioni rachitiche del torace che sono cagione di spostamento degli organi che esso contiene e di varie loro malattie, e le atrofie muscolari consecutive al rachitismo molto avanzato; le polmoniti reattive che seguono il rammollimento delle masse tubercolari deposte nei polmoni; le pleuriti che avvengono non per la formazione di tubercoli nelle pleure che non si osserva nei bambini ma per continuità di tessuto, poscia l'idrotorace, l'edema polmonare, l'idropericardio, le eruzioni esterne di varie sorta e natura, ecc. Ed infine i catarri gastroenterici lenti di forma esclusivamente catarrale, la degenerazione amiloide dei reni, l'anemia, la denutrizione, la porpora emorragica, le emorragie interne, ecc.

Rimarrebbe ora di mettere in evidenza l'ultimo punto di analogia che è il più importante fra le malattie infettive acute ed alcune fra le costituzionali, il quale riguarda la causa essenziale, la loro natura e le caratteristiche, voglio dire il principio morboso, per seguire la nomenclatura medica antica, il quale produce sempre la stessa malattia, sia che venga elaborato in un organismo e poi introdotto in un altro per le vie naturali, sia che venga soltanto riprodotto indefinitamente in modo da invadere tutte e sue parti.

I caratteri dell'infettività pare che mettano un'insuperabile differenza fra queste due serie di malattie. Imperciocchè le prime sono cagionate da un principio il quale esiste fuori dell'organismo in quantità più o meno abbondante secondo il numero e la vicinanza degli individui infetti, non subisce trasformazioni nell'organismo ma è sempre identico e viene eliminato cogli stessi caratteri con cui è introdotto.

Così non è per le malattie costituzionali quantunque per alcune di esse la trasmissione della malattia si faccia negli stessi modi e per le stesse vie di quelle infettive propriamente dette. I loro principii hanno bensì origine e si sviluppano sotto l'influenza di condizioni speciali come l'alimentazione inadatta, o insufficiente, o non salubre, un'aria non frequentemente rinnovata, le variazioni troppo rapide e frequenti di temperatura e di umidità, ecc., ma non esistono apparentemente fuori dell'organismo, nè invadono un ambiente in modo da infettarlo. E l'unico argomento che le farebbe avvicinare alle infettive acute è dato dal carattere invadente e di svilupparsi alla presenza di organismi microscopici che hanno in comune.

Ma qui mi si potrebbe fare una obbiezione di non poco valore. Cioè mi si potrebbe dire che di questi organismi si è verificata la presenza nei prodotti delle lesioni specifiche e si sono eziandio osservati i persuadenti effetti dell'inoculazione, ma non essendosi mai osservati nell'ambiente in cui dimorano gli individui infetti, vanno piuttosto considerati come effetti della malattia piuttosto che la causa. Rispondo che sta in favore di quest'ultima asserzione il fatto che i bambini, tenuti nelle cattive condizioni di cui or ora si disse, ne vengono colpiti più facilmente e con maggiore intensità. E che il contrario si osserva nelle condizioni diverse. Bisogna quindi ammettere la presenza di questi microorganismi nell'ambiente quantunque non sia ancora stato verificato.

Del resto poi è fuori di dubbio che tutte le malattie costituzionali compiono il loro decorso alla presenza di un microorganismo il quale subisce il suo sviluppo nei tessuti speciali su di cui si manifestano le lesioni specifiche di ciascuna di esse, sebbene vi siano ancora alcuni punti da illustrare nella loro origine. Ciò che per amore della scienza siamo sicuri che verrà fatto dagli studiosi.

La dottrina dei *microzimi*, chiamati fino ad ora granulazioni molecolari, così bene dimostrata e svolta dal Béchamp ci offre molti argomenti non solo per provare la nostra asserzione ma ancora la trasmissione ereditaria di queste malattie e il loro intervenire sotto l'influenza d'altre cause.

L'illustre autore chiama con questo nome delle piccolissime granulazioni molecolari amorfe costituite da sostanze organizzate. I suoi componenti chimici sono gli stessi degli altri corpi organici, cioè l'idrogeno, l'ossigeno, il carbonio, l'azoto ai quali vanno aggiunti dei minerali come il ferro, il fosforo, lo zolfo, la calce, ecc. Si trovano sospese in tutti gli umori dell'organismo, frapposti agli elementi dei tessuti; sono rinchiuse nelle cellule, nelle fibre muscolari; finchè sono libere sono dotate di movimenti vivaci non di traslazione a regioni lontane, ma nel ristretto spazio in cui si trovano e finchè si avvicinano fra di loro per costituire dei gruppi e con essi un organismo più complesso come sarebbe un bacterio, una cellula, uno spermatozoide, ed allora cessa il loro movimento, finchè dalla distruzione dell'organo da essi costrutto siano rimessi in libertà, per cui si ripiglia, a meno che siano richiesti dalle esigenze delle loro ulteriori funzioni a costruire un vibrione, nel qual caso il movimento risultante si conserva. Per cui i microzimi non si distruggono mai; ma continuano sempre a vivere anche dopo la morte del corpo e degli organi che hanno costruito. Si trovano in grande abbondanza negli epitelii ghiandolari funzionanti, nel sangue circolante nei capillari delle pareti del ventricolo e degli intestini durante l'assorbimento dei prodotti della digestione poichè in microzimi si trasformano le sostanze alimentari digerite.

Presiedono allo sviluppo di tutte le parti del corpo e al compimento di tutte le funzioni e in date circostanze agiscono eziandio come fermento per le evoluzioni successive che subiscono.

Le loro dimensioni sono morfologicamente identiche in tutti i centri di attività per cui non si possono considerare come specie in se stessi ma solo relativamente all'organo che costituiscono.

Le loro funzioni variano continuamente dallo stato fetale fino all'età adulta ed in generale sono diverse secondo le condizioni in cui si trovano, le sostanze colle quali sono in contatto, gli organi che li contengono, ecc. e secondochè coi quattro componenti sopra indicati contengono ora del ferro, ora del fosforo, ora della calce, ecc. oppure non li possiedono nelle volute proporzioni o in eccesso o in difetto. La loro funzione cangia anche per ereditarietà in una data epoca della vita e allora respingono l'elemento chimico fino allora posseduto, oppure se ne appropriano un altro meno adatto alle funzioni del tessuto che compongono. E nel nostro caso questi sono chiamati morbosi, come pur quelli che si trasformano in bacterii e in vibrioni, giacchè la loro funzione viene così cangiata in modo da produrre una malattia. E questi sono pure suscettibili di trasmettere la morbosità acquistata anche nel caso in cui vengano separati dal loro centro d'attività.

Si possono citare molti esempi onde provare il cangiamento o l'assumersi di una funzione che fanno i microzimi nelle varie epoche della vita; fra di essi ricordo che quelli del pancreas e delle ghiandole salivari non sono dotati di funzione nel bambino lattante, come pure quelli contenuti nelle cellule epiteliali dei testicoli non si aggruppano a formare gli spermatozoidi fino all'epoca della pubertà. E tanto questi come quelli delle altre ghiandole non ancora funzionanti già esistenti servono solamente fino ad una certa epoca della vita a costrurre l'organo di cui più tardi ecciteranno anche il compimento della funzione.

Questo è un breve riassunto dai principii relativi alla dottrina dei microzimi che il Béchamp dimostrò nella sua erudita opera — *Les Microzymas*, Paris 1883, Librairie B. Baillier et fils — e cercò di applicare ai casi pratici sia nell'organismo sano quanto nell'ammalato.

Aggiungo ancora che il predetto autore distingue molto assennatamente le granulazioni molecolari dai microzimi propriamente detti. Questi sono sempre delle granulazioni molecolari, ma non tutte le granulazioni sono microzimi, ma solo quelle dotate di movimento e che entrano nella costituzione dei tessuti. Quindi possiamo dire che i microzimi sono delle granulazioni molecolari che sono entrate in funzione, dopo aver acquistato, per così dire, il dovuto grado di maturità, e fra di questi vanno eziandio annoverati quelli che sono destinati a produrre una data funzione o una malattia allorquando in una certa epoca della vita hanno raggiunto lo sviluppo capace a produrle trasformandosi in questo caso in un organismo superiore mediante il loro aggruppamento. Alcune volte questa loro condizione speciale è favorita da adatte condizioni igieniche.

Della Tubercolosi. — Questa è la più grave fra le malattie costituzionali e fu studiata dal Béchamp e da altri scienziati in modo particolare. Dai loro indefessi studii e dalle accurate e continue osservazioni fatte non solo sulla materia tubercolare dei polmoni stessi nella varie sue fasi ma ancora sugli sputi degli ammalati, risultò sempre che la sostanza costituente essenzialmente il tubercolo consta di finissimi corpuscoli simili alle granulazioni molecolari, dotati di un movimento molto vivace, isolati o accoppiati due a due. Può essere conservata a lungo e quantunque disseccata e ridotta in polvere conserva i suoi caratteri contagiosi fintantochè contiene i suddetti corpuscoli, ed allora sia che venga introdotta cogli alimenti nel canale intestinale, o penetrando nelle vie respiratorie, o essendo inoculata sotto la pelle degli animali, produce sempre i suoi effetti i quali consistono in una grande prostrazione di forze ed in una

profonda denutrizione le quali terminano colla morte in uno stato di eccessiva magrezza.

La sostanza dei tubercoli va considerata come un contagio fisso. Non è contenuta originariamente nell'aria atmosferica essendo elaborata nell'organismo.

I suddetti corpuscoli essendo introdotti, per mezzo della sostanza tubercolare, in un organismo, non si moltiplicano ma modificano le condizioni necessarie all'esistenza degli epitelii appartenenti a certi organi speciali dalla qual cosa risulta la loro regressione ed un'analoga evoluzione morbosa delle granulazioni molecolari che essi contengono e che esse costituiscono, nelle quali si trasformano eziandio le cellule dei tessuti affetti dal processo morboso che durante il suo decorso vengono distrutte.

La trasmissione ereditaria per questa e le altre diatesi si fa, secondo questa dottrina, per mezzo delle granulazioni molecolari contenute nello sperma e di quelle della vescicola di Graaf e dell'ovulo e poscia da quelle portate dal sangue della madre al feto col sistema uteroplacentare.

Il fatto non richiede prove sperimentali poichè non ci sono secrezioni costituite da un numero così grande di granulazioni molecolari quanto le sessuali maschili e il contenuto della vescicola di Graaf e dell'epitelio che ne tappezza l'interna parete di cui l'ovulo è una diretta produzione.

La tubercolosi è ordinariamente preceduta da infiammazioni catarrali degli intestini e della mucosa respiratoria o dalla polmonite crupale.

Essendo molto comuni queste malattie nei bambini, tanto che si può dire non esservene quasi uno solo che non le abbia sofferte e terminando la maggior parte dei casi coll'esito felice della guarigione e non sempre colla forma cronica, non si può dire, *a priori*, anche conoscendo la famiglia, se precedano o annunzino l'infezione tubercolare oppure se vengano seguite dalla stessa, fintantochè non se ne osservino gli effetti.

Per cui è impossibile in quest'epoca lo stabilire con sicurezza qual parte abbia esercitato la predisposizione diatesica e quale le altre cause che comunemente producono questi processi morbosi.

Imperciocchè non soltanto la tubercolosi ereditaria ma eziandio le malattie costituzionali, nonchè la debolezza congenita si manifestano frequentemente mediante una debolezza organica generale o speciale a qualche organo che lo predispone ad ammalare, la quale, rendendo difficile l'assorbimento degli essudati, favorisce la formazione della neoplasia tubercolare. Succede però assai di raro nei primi anni di vita che le malattie flogistiche dell'apparecchio respiratorio siano seguite dalla tubercolosi anche presso i bambini affetti congenitamente da questa diatesi costitu-

zionale e tenuti nello stesso tempo in condizioni igieniche non molto desiderabili. E la stessa polmonite sia catarrale che crupale degli apici polmonari non ci dà ancora motivo di fare una prognosi molto riservata per la guarigione, imperciocchè questa può avverarsi in questa regione come in tutte le altre indifferentemente in un organismo non denutrito nè profondamente indebolito da malattie pregresse nell'epoca in cui ne viene affetto, nè diatesico.

Però le polmoniti che precedono la tubercolosi hanno quasi sempre un lento decorso anche quando il medico mette in azione tutte le cure possibili e sono prodotte da cause di così minima importanza che talvolta non sono apprezzabili e l'assorbimento dell'essudato non è mai completo, anche quando il bambino pare che sia rimesso, non tossisce più, riacquista il suo solito appetito, ecc.

Altre volte l'infezione tubercolare incomincia in modo subdolo e senza che si possano verificare dei precedenti e la polmonite ne è già la conseguenza, ed avviene allorquando è già molto avanzata la formazione della neoplasia.

Non di raro la tubercolosi sembra che sia preceduta, non da una malattia dell'apparecchio respiratorio, come si osserva nella maggior parte dei casi, ma invece da un'infiammazione catarrale degli intestini la quale assume quasi sempre la forma lenta immediatamente o dopo alcune successive ricadute ed è seguita dall'ingorgo lento delle ghiandole mesenteriche le quali più tardi si tubercolizzano o si caseificano siccome avviene il più delle volte.

Se però noi esaminiamo gli apici polmonari di questi ragazzi li troviamo già affetti da polmonite e non di raro la lunga durata di questa è già manifestata da una più grande profondità di una o di tutte e due le fosse sopraclavicolari, dalla piccolezza delle spalle, dovuta forse all'abbassamento verso la cavità toracica del manico dello sterno il quale trae con sè l'estremità interna delle clavicole. Per cui abbiamo quasi sempre delle ragioni per sostenere che la lesione polmonare precedette quella del tubo digestivo.

Oltre agli organi contenuti nelle cavità toraciche e addominali, le lesioni specifiche della tubercolosi possono anche, sebbene più di raro, invadere quelli della cavità craniana. E questa forma è la più grave di tutte imperocchè è sempre seguita da un esito letale.

Le parti che vengono infette quasi sempre sono gli involucri dell'encefalo e fra di esse è preferita la pia-madre. Dalla formazione dei tubercoli nel suo tessuto viene cagionata la meningite specifica della tubercolosi la

quale ha molti caratteri comuni con quella chiamata semplice, per differenziarla dalla quale conviene sempre esaminare l'apparecchio respiratorio o intestinale e conoscere bene la famiglia, per essere in caso di informarsi sulle cause possibilmente ereditarie.

Le lesioni polmonari precedono, nella maggioranza dei casi, quelle delle meningi. Le granulazioni tubercolari invadono, o quasi totalmente la pia-madre, o soltanto alcune delle regioni basilari che sono ordinariamente le posteriori. Costituiscono varii ammassi sparsi che talvolta confluiscono fino a costituire dei noduli grandi come un grano di miglio o di canapa. Questa membrana si presenta nello stesso tempo molto iperemica ed infiltrata di siero, come pure la sostanza cerebrale immediatamente sottoposta sulla quale non di raro si osservano delle ecchimosi.

Le pareti dei ventricoli sono pure edematose, ed il liquido che contengono è in maggiore quantità del solito e torbido perchè contiene in sospensione delle cellule epiteliali e dei globuli purulenti.

In quanto all'apparecchio respiratorio la materia tubercolare si dispone in due modi principali. Cioè può costituire dei corpi isolati fra di loro o infiltrare tutti o gran parte degli organi per mezzo di piccolissime granulazioni sparse disegualmente.

I primi dopo la loro comparsa vanno successivamente ingrandendo e invadendo e distruggendo il tessuto polmonare e si fondono coi vicini non appena succede il loro contatto, donde risulta naturalmente un ammasso irregolare e grossolanamente rotondo.

La tubercolosi infiltrata, che è il secondo modo, può prendere nei ragazzi di parecchi anni di vita una grande estensione ed invadere ad un tempo gli organi contenuti nelle tre cavità splancniche e le ghiandole linfatiche bronchiali, le mesenteriche, ecc.

Quelle *rarissime* volte in cui il processo tubercolare seguì nei bambini l'eguale decorso degli adulti abbiamo osservato eziandio il medesimo reperto anatomopatologico, il quale però non presenta mai gli identici caratteri fin dopo i dieci o dodici anni secondo i casi che finora mi fu dato di osservare. Molto di raro prima di questa età vi sono scavazioni propriamente dette dipendenti da rammollimento tubercolare, e quando esistono sono assai piccole e non oltrepassano la grandezza d'un grano di meliga.

Le ulcerazioni tubercolari che risiedono negli intestini hanno dei caratteri essenziali che le fanno distinguere da quelle catarrali e dalle altre che si osservano nella febbre tifoidea.

Esse compariscono fin da principio in quella regione dell'ileo la quale

confina immediatamente coll'intestino crasso donde si estendono progredendo inversamente verso le altre regioni dell'intestino tenue e poscia sul colon.

Sono molto più estese di superficie di quelle catarrali e di quelle tifose. Hanno i bordi grossolani, tumefatti, rossi, irregolari e qualche volta sollevati in modo rimarchevole dal fondo della perdita di sostanza.

Si estendono in larghezza ed in profondità. Alcune volte invadono tutto lo spessore dell'intestino e lo perforano. Le conseguenze di questi fatti sarebbero di gran lunga più frequenti se il peritoneo non prendesse parte al processo morboso corrispondentemente alla regione dell'intestino che ne è affetta e non subisse un ispessimento cagionato dall'infiltrazione di linfa plastica la quale organizzandosi durante l'approfondarsi dell'ulcerazione riunisce invariabilmente fra di loro gli organi rispettivamente adiacenti fra i quali si versa e impedisce le emorragie.

Sono sempre seguite dall'infiltrazione tubercolare o caseosa delle ghiandole mesenteriche le quali diventano per questo molto voluminose, dure e resistenti. S'intende che tutte queste lesioni anatomopatologiche sono accompagnate da catarro cronico il quale nei miglioramenti e nei peggioramenti, piuttostochè l'influenza dei rimedii subisce quella della opportuna e adatta nutrizione e degli altri mezzi igienici. Sono di raro sole ma sempre accompagnate da analoghe lesioni nell'apparecchio respiratorio e specialmente negli apici dei polmoni.

Della Scrofolosi. — Sappiamo che questa malattia costituzionale consiste in una esagerata produzione di corpuscoli linfatici la quale si compie tanto nelle apposite ghiandole quanto nelle mucose e negli altri organi che presentano l'analoga tessitura. Ed anch'essa si fa alla presenza di microzimi non dissimili da quelli che il suddetto autore trovò sparsi in tutto l'organismo animati da vivacissimi movimenti. Se non che questi, sia che si trovino nell'interno delle cellule linfatiche o negli spazi frapposti, sono sempre associati e circondati da una membranella e del tutto inerti. Queste piccole riunioni di microzimi sono il punto di richiamo di altri che si riuniscono parimente a gruppetti e si avviluppano eziandio con una membrana. Così il contenuto cellulare diventa successivamente granuloso in tutta la sua estensione. Questi microorganismi diventano tanto più abbondanti quanto più è attiva la formazione dei leucociti.

Si trovano eziandio liberi negli ascessi, nei globuli purulenti e nelle mucose affette da infiammazione acuta o cronica nelle piaghe suppuranti dove non possono essere distrutti anche dalla cura antisettica ordinaria.

La loro grande abbondanza nell'organismo dei ragazzi scrofolosi

dipende da ciò che colla loro illimitata produzione e col grande accumulamento diminuiscono la vitalità delle cellule linfatiche le quali distruggendosi restituiscono i microzimi che le costituivano, i quali si radunano poscia di nuovo in piccoli gruppi che col tempo vengono come i primi limitati da una membrana.

Le cattive condizioni igieniche favoriscono questo modo di aggrupparsi delle granulazioni molecolari contenute nelle ghiandole linfatiche e negli organi similari e la prolificazione cellulare che ne è la conseguenza, la quale è tanto più estesa quanto più è predisposto congenitamente l'organismo, poichè allora il cangiamento della funzione dei microzimi, prima diretto alla nutrizione di tutti i tessuti ed ora limitata ad una sola parte di essi, che non è la più importante, avviene assai più presto.

Le prime manifestazioni della scrofolosi appariscono fin dai primi anni di vita per mezzo di malattie cutanee ora speciali e caratteristiche per la diatesi, ora comuni, ora costituite da semplici eritemi, ora da papule, ora da vescicole o da pustole limitate ad una data regione, oppure vaganti su di estese superficie di cui un carattere importante è questo che vengono prodotte alcune volte da cause di poca entità e talvolta nemmeno apprezzabili, hanno lunga durata e sono seguite dall'ingorgo lento delle ghiandole linfatiche corrispondenti alla regione ammalata e nei casi gravi l'affezione si estende anche a quelle superficiali o profonde delle altre regioni colle quali stanno in rapporto diretto. E anche quando le lesioni cutanee sono guarite in breve tempo, questo ingorgo non si risolve mai completamente. Presso alcuni bambini la sola eruzione dentaria ed il catarro boccale che l'accompagna le cagionano. Non vi è però dubbio alcuno che l'ingorgo ghiandolare in questi bambini non ha sempre una causa apparente e constatabile, ma alcune volte sembra avvenire spontaneamente. Fra le regioni cutanee colpite più frequentemente ricordiamo la testa e la faccia.

Dalla pelle l'infezione si dirige verso le parti interne del corpo e dapprima si fissa su di quelle confinanti direttamente con essa come sono le mucose del naso, degli occhi e della bocca. Questi catarri sono quasi sempre lenti e seguiti da ingorghi ghiandolari anch'essi di lunga durata. Quelli che si osservano più frequentemente sono, in principio, il nasale e quello delle congiuntive.

Nei primi anni di vita le affezioni delle mucose interne o confinanti colla pelle sono comuni ai bambini affetti da questa diatesi congenita ed anche agli altri per cui non si possono ancora distinguere le une dalle altre, in sul principio, ma soltanto dopo che si sarà osservato la loro ten-

denza alla cronicità, il loro facile ripetersi e più ancora l'ingorgo lento delle ghiandole linfatiche corrispondenti alla regione ammalata, il quale indica indubitatamente i progressi della malattia.

Quantunque le lesioni specifiche della scrofola si osservino specialmente prima della pubertà, ed il loro decorso vada rallentandosi o sembri sospendersi nell'avvicinarsi dell'adolescenza, tuttavia non si annulla la predisposizione diatesica e l'individuo non è per questo meno esposto, in maggior grado di un altro, cioè per cause di molto minore importanza, a eruzioni cutanee di varia forma, a catarri acuti o cronici, ad affezioni delle ossa e delle articolazioni, le quali malattie dimostrano a chiare note l'indebolimento generale del loro organismo, la sua eccessiva sensibilità alle cause morbose, la poca reazione che dimostra verso di esse, valutabile appunto dalla tendenza che hanno le loro malattie a diventare croniche e dalle lunghe e difficili convalescenze.

Relativamente all'ereditarietà vi è da osservare che quantunque con matrimoni ben adatti alle costituzioni fisiche si potrebbero attenuare successivamente gli effetti diatesici fino ad annullarli completamente, tuttavia le esigenze sociali si oppongono all'effettuazione di questo scopo immensamente utile al miglioramento dello stato sanitario delle popolazioni. Per cui in luogo di vedere attenuati nella prole gli effetti d'una diatesi li vediamo continuare a manifestarsi se pure non aumentano d'intensità.

Ed il decorso della scrofolosi in varie e successive generazioni si può considerare siccome analogo a quello che si osserva in un individuo nel quale si palesino le sue lesioni specifiche con ordine quasi regolare e continuato; sia che in sul principio della malattia si seguano rapidamente e, come credono i profani, una sembri l'effetto dell'altra che per la prima comparisce, sia che invece gli effetti diatesici siano in decrescenza come succede quasi sempre nella virilità. Di questi fatti abbiamo molteplici esempi. Così da un padre il quale fu tenuto in cattive condizioni igieniche i primi anni di vita, fra le quali predominava l'insufficiente e l'inopportuna alimentazione, e che presenta ancora le traccie di molte adeniti passate a suppurazione nelle regioni laterali del collo e che soffre per lievi cause dei catarri intestinali leggieri, ma di lunga durata, nacquero vari figli ora adulti: di questi il primo soffrì lesioni ossee o articolari, un altro soltanto delle affezioni ossee e intestinali, gli altri offrono sul loro corpo soltanto i segni della diatesi ereditaria unitamente ad una piccola energia costituzionale che li rende frequentemente indisposti.

Da un altro nel quale le manifestazioni si ridussero a malattie cutanee,

probabilmente a impetigine, a catarri bronchiali e intestinali e poscia ad un'otite dell'orecchio medio che ebbe per conseguenza la sordità nacquero dei figli, i quali soffersero tutti indistintamente dei catarri bronchiali e intestinali, delle adeniti lente al collo, degli ascessi lenti, ecc.

Di questi esempi se ne potrebbero citare a migliaia se fosse lecito e possibile che ogni medico radunasse tutte le storie anamnestiche degli ammalati affetti da questa diatesi ereditaria che è assai comune nei molti anni dell'esercizio professionale e si tramandassero ai colleghi eccitandoli all'osservazione. Allora si vedrebbe sempre che l'agiatezza interrompe o rallenta il decorso della diatesi ereditaria nelle famiglie come la povertà lo favorisce nello stesso modo delle buone o cattive condizioni igieniche alle quali è esposto un individuo solo.

Il minimo grado con cui si manifesta la scrofolosi, le cui manifestazioni furono impedite, è una grande debolezza costituzionale che dispone frequentemente a molte malattie.

Del Rachitismo. — Le prime manifestazioni di questa malattia consistono in un catarro intestinale cronico la causa del quale va sempre cercata in un'alimentazione non adatta, nelle cattive condizioni dell'ambiente in cui si tiene il bambino, che si riferiscono all'impurità dell'aria respirata, all'eccessiva umidità di essa o del suolo, alla mancanza di luce, col lasciarli continuamente nella loro culla e in locali chiusi, anche quando si avvicina a grandi passi l'epoca in cui debbono disporsi a camminare e in questo modo viene anche rallentato lo sviluppo del sistema muscolare ed impedito quello del sistema nervoso per la mancanza dei suoi speciali eccitanti.

Unitamente a queste cause, già importanti per se stesse, concorre la inopportuna alimentazione a generare questa ed altre malattie costituzionali, la quale abitualmente consiste nelle pappe di farina di frumento, o in un altro alimento che dovrebbe esser dato soltanto agli adulti e che si porgono in luogo del latte muliebre o di vacca fin dai primi mesi di vita in cui gli amilacei non sono ancora digeribili per l'inerzia funzionale del pancreas e delle ghiandole salivari.

Ma tutte queste cattive condizioni igieniche, e non sono le sole, non producono esclusivamente il rachitismo ma anche altre malattie costituzionali, per non dire quasi tutte, per cui il bambino sarà invaso dall'una o dall'altra, preferibilmente secondo l'ereditarietà morbosa congenita. Non è però men vero che il rachitismo non è sempre ereditario, ma allora la malattia acquista di raro o mai il grado tipico osservato negli altri.

Le prime lesioni specifiche consistono nell'ingrossamento delle epifisi

delle ossa lunghe e specialmente delle estremità. In alcuni casi la malattia si arresta dopo questo breve decorso o sospende del tutto i suoi ulteriori progressi, oppure dopo una fermata più o meno lunga e probabilmente in seguito a qualche nuova alterazione della regola normale della vita del bambino continua a dimostrare i suoi effetti, i quali allora consistono dapprima in un maggiore ingrossamento delle estremità ossee, poscia nella curvatura delle diafisi.

La formazione degli incurvamenti dipende da varie cause. Dall'azione muscolare primieramente, per cui la curva dell'osso sarà rivolta nel senso in cui essa è maggiore. In secondo luogo dal peso del corpo, il quale ora la favorisce nello stesso senso dei muscoli ora in diversa direzione, per cui risultano alcune volte delle curvature assai complicate. Abbiamo un esempio che ci dimostra gli effetti della prima nella curvatura esterna ed anteriore della tibia, le cui estremità sono attratte dalle masse muscolari più sviluppate della regione interna e posteriore delle gambe e nell'incurvamento anteriore esagerato del femore, perchè i muscoli posteriori della coscia hanno un'azione predominante sugli altri. Ma a lungo andare il peso del corpo esagera la forma di questa deformità e la tibia presenterà un'altra curva rivolta in avanti ed in dentro, se la malattia continua a fare i suoi progressi, e l'incurvamento del femore in luogo di presentare la convessità solo dinanzi l'offrirà in una posizione compresa fra la primitiva e l'interna. E mentre prima il bambino camminava colle gambe molto allargate in proporzione dell'ampiezza della curvatura e facendo uso solamente dei muscoli estensori, flessori ed esterni, ora nella deambulazione i piedi saranno di nuovo avvicinati.

Le deformità del bacino e della colonna vertebrale dipendono anche da cause diverse. E primieramente dalla posizione alla quale fu a lungo obbligato di tenere il bambino, la quale, se fu quella seduta, vediamo che è incurvato il sacro in avanti e sono avvicinate le tuberosità ischiatiche.

Nella posizione supina la parte anteriore dell'ileo sarà più o meno abbassata verso la posteriore, mentre le parti laterali verranno reciprocamente spinte in fuori. Inoltre le non simmetriche curvature delle ossa delle estremità inferiori che nella deambulazione fanno inclinare il tronco da una parte piuttosto che dall'altra unitamente alle altre cause concorrono eziandio ad alterare la forma del bacino. Si aggiunga a questo i cangiamenti di rapporto delle superficie d'inserzione dei muscoli, i quali alterano la direzione e l'intensità della loro azione, per cui viene reciprocamente alterata o annullata quella regolatrice degli antagonisti e conosceremo le varie cause per cui il bacino rachitico presenta diverse forme in

tutti i bambini che soffrirono a lungo questa malattia e vedremo il perchè si possa di raro riferire ad un tipo; tanto più che la sua deformità è anche connessa con quella della colonna vertebrale. Le incurvature di questa dipendono eziandio dalle identiche cause. Difatti il peso della testa e quello degli organi che dalla colonna vertebrale vengono sostenuti tendono ad esagerare la curvatura della sua regione dorsale, la quale trae con sè l'alterazione della posizione delle coste e quindi anche della forma del torace che per questi motivi apparirà più sviluppato secondo il diametro anteroposteriore che nel trasverso. Questa incurvatura si forma allorquando la rarefazione del tessuto spongioso delle vertebre si compie in modo simmetrico e regolare e si mantiene tale l'azione dei muscoli della colonna vertebrale. Ma in caso contrario si formano delle deviazioni laterali, di cui basta una sola perchè se ne producano parecchie per la necessità della stazione eretta e della posizione trasversale che deve sempre avere il bacino per cui una direzione obliqua del suo diametro bicotiloideo trae con sè l'incurvamento in senso opposto della parte più vicina della colonna vertebrale, seguita poi da un incurvamento nella direzione opposta della regione immediatamente superiore.

Ma le deformità del torace non vanno soltanto attribuite alle lesioni rachitiche della colonna vertebrale, ma più frequentemente ancora a delle alterazioni nutritive che la malattia in discorso lasciò sulle coste per cui vengono favoriti gli effetti anormali che le contrazioni muscolari esercitano su di esse.

Così la parte inferiore del torace può presentarsi talvolta eccessivamente schiacciata dall'avanti all'indietro in modo che non solo è proporzionalmente allungato il diametro trasverso, ma l'estremità inferiore dello sterno e le cartilagini costali che ad esso si inseriscono fanno una sporgenza verso l'interno della cavità.

Questa deformità che più volte potei tenere d'occhio lungo tempo si accentua di più durante l'inspirazione forzata ed è prodotta evidentemente dalle contrazioni del diaframma. È sempre accompagnata da una sporgenza della parte superiore e anteriore del torace col consecutivo appiattimento delle parti laterali corrispondenti in modo da farlo sembrare carenato.

Un'altra forma molto più tipica di torace carenato è quella in cui la base presenta una deformità nel senso opposto di quello ora detto, in cui il diametro anteroposteriore supera di gran lunga il laterale e l'appiattimento corrispondente delle coste si estende anche più in basso del precedente.

Questa forma dipende probabilmente dall'irregolarità dell'ossificazione e dello sviluppo delle coste che furono diretti più nelle loro parti anteriori che lungo il corpo dell'osso, il quale per questo vien attratto in dentro dalle contrazioni laterali del diaframma e si accentua anche di più durante gli sforzi inspiratorii a tipo toracico. La regione anteriore del torace di questi bambini, per la posizione speciale dello sterno che è diretto dall'alto al basso e dall'indietro in avanti, è conica in luogo di parere cilindrica dalla curvatura sternale superiore in basso.

Io credo che si possa anche chiamare rachitico un torace regolare ma in arresto di sviluppo generale relativamente alla statura del bambino ed alla grossezza delle coste ed in questi casi non di raro avviene che l'ossificazione completa di tutte le loro parti precede il successivo sviluppo, come pure quello delle cartilagini costali. Questo fatto che si osserva nei bambini marasmatici per aver sofferto dei catarri enterici di lunga durata non permette che i muscoli respiratorii comunichino alle coste ed allo sterno il movimento normale e proprio di detta funzione in questa età, ma sollevano il torace in massa, ciò che è anche favorito dall'impedito o dal molto limitato abbassamento del diaframma a cagione dell'eccessivo meteorismo e dell'ingorgo delle ghiandole mesenteriche.

Il cranio presenta esso pure i suoi caratteri quando è invaso dalla malattia e talvolta è esso solo e non le altre ossa che per tutta la vita dell'individuo dà le prove palpabili del suo passaggio. Ordinariamente la testa d'un rachitico è molto grossa e i suoi contorni sono irregolari e grossolani, essendo appiattita dall'alto al basso lungo la regione posteriore: la vôlta del cranio partendo da una linea immaginaria che passa per le bozze parietali è pure appiattita e sembra un piano inclinato diretto avanti e in basso. Presenta delle infossature nelle regioni corrispondenti alle fontanelle o alle suture; non di raro, invece, delle sporgenze di varia forma. Le bozze tanto parietali quanto frontali sono molto sporgenti e colla loro posizione relativa dànno al piano inclinato di cui si disse la figura di un trapezio col lato maggiore indietro e il minore davanti.

Talvolta non solo le bozze frontali ma ancora tutta la regione compresa fra di esse è sporgente fino alle arcate sopracciliari, ciò che toglie all'aspetto del bambino uno dei pochi segni d'intelligenza, non essendovi talvolta nemmeno quello indicato dalla vivacità dello sguardo. Altre volte la regione frontale è soltanto verticale.

La causa per cui il cranio dei rachitici manca posteriormente della normale sporgenza che corrisponde alla regione occipitale è lo spostamento dell'osso corrispondente in avanti per cui i suoi bordi si trovano insinuati

sotto i margini posteriori delle parietali. Il qual fatto allorquando succede durante l'allattamento dipende dalla lunga durata di questo accavallamento prodotto eziandio, oltre alle altre cause, dall'essere stato tenuto il bambino a lungo in una posizione supina durante la quale si è fatta l'ossificazione dei peduncoli che uniscono la porzione condiloidea del suddetto osso colla squamosa.

La mancanza di sviluppo di quest'osso, cagionato dalla sua posizione anormale, può anche favorire il cangiamento di forma che subisce il cranio.

La cavità craniana rimarrebbe quindi ristretta in proporzione dell'addentramento dell'occipitale qualora un reciproco allontanamento delle parietali e una maggiore sporgenza delle loro bozze e della regione frontale non dasse, per così dire, un compenso a questa perdita, il quale sarebbe tanto più necessario se i bordi superiori delle parietali si fossero saldati prematuramente o sviluppati di più durante l'accavallamento per cui venne impedita la sua risoluzione e il ritorno alla primitiva forma. Vero è che venendo modificato dal rachitismo diventa più ampio, a parità di circostanze, d'un altro allo stato fisiologico, ma questo aumento si riferisce solamente alle sporgenze menzionate di sopra alle quali corrispondono internamente delle depressioni nel fondo delle quali lo spessore dell'osso è anche minore e talvolta così esile da sembrare più ad una membrana.

I bambini che stanno per essere invasi da questa infezione cronica, oltre al catarro enterico sofferto molte volte o in corso, hanno il ventre tumido eccessivamente, non si dispongono nell'epoca normale a camminare, ma cadono se sono messi in posizione eretta o piangono come se le estremità fossero ad un tratto diventate dolorose subendo un tale atto. Sono inoltre anemici, hanno la pelle pallida, sottile, atrofico il sistema muscolare e irregolarmente sviluppato. La debolezza nervosa e circolatoria mantiene le loro estremità quasi sempre fredde e li rende molto sensibili agli sbilanci di temperatura. Questi bambini si conservano tali per quasi tutta la durata della malattia, se fa il suo decorso, dopo la quale rimane sempre una certa debolezza organica, o durante o anche dopo la cura adatta supponendo pure che sia coronata da ottimo successo, per cui la cura tonica e ricostituente va sempre continuata per molto tempo.

Questi fatti ci fanno pensare come la causa specifica della malattia abbia esteso i suoi effetti non solo alle ossa ma ancora nell'intima compage di tutti i tessuti, giacchè tanto questi come quelle hanno maggiormente bisogno del fosfato di calce per costituirsi e per avere la necessaria resistenza.

Non tutti però i bambini rachitici offrono tali fatti alle nostre osservazioni, ma alcuni fra di essi godono d'uno stato di salute relativamente discreto che si manifesta con molta vivacità nei movimenti, con appetito regolare e buone digestioni; bell'aspetto, aumento di peso relativo e proporzionale all'età, intelligenza abbastanza bene sviluppata, ecc. E se il loro camminare claudicante non dirigesse la nostra attenzione alle estremità inferiori e l'ingrossamento molto visibile delle estremità inferiori delle ossa dell'avambraccio non ci svelassero la malattia dalla quale sono affetti, non tarderemmo un minuto a dichiararli sani e robusti.

Le lesioni ossee in questi bambini sono molto leggiere e non fanno il decorso regolare dei periodi della malattia; ma una volta stabilitesi non vanno peggiorando sotto l'influenza dell'azione muscolare e del peso del corpo, per cui essi continuano a servirsi delle loro estremità inferiori come se nulla fosse, per fare lunghe passeggiate, saltare, correre, ecc. Scompaiono la maggior parte delle volte in un tempo anche molto lungo e solo di raro gli incurvamenti rimangono per tutta la vita. Sono questi i casi leggieri in cui la causa essenziale della malattia limitò i suoi effetti per aver agito poco intensamente, per non essere stati favoriti da opportune condizioni igieniche, o infine perchè gli altri tessuti ben costituiti opposero una resistenza alla sua invasione: per non parlare dell'influenza di una ben adatta terapeutica, la quale ottenne rapidi effetti.

Naturalmente tanto del rachitismo grave quanto del leggiero vi sono numerosissime forme e gradazioni, sia per quanto riguarda le sole lesioni delle ossa e il complesso di queste e di quelle dei tessuti quando le accompagnano e tutte indicano un diverso grado ed una varia intensità nell'invasione del processo morboso relativo al tempo ed al numero degli organi affetti.

Gli autori descrivono anche un rachitismo acuto. Finora non mi capitò alcun caso sotto gli occhi col contingente non piccolo di queste malattie che possediamo nell'Ospizio. Se esiste si osserva certamente molto di raro.

La sifilide ereditaria predispone a contrarre il rachitismo; ma di raro queste forme si fanno gravi. Predispone anche alle fratture delle ossa.

Talvolta il solo cranio presenta le lesioni caratteristiche del rachitismo, ma è anche constatato il fatto che esse scompariscono più presto dalle altre ossa che dalle craniane e come queste le presentano in non pochi casi per tutta la vita e si possono facilmente verificare prendendone le dimensioni, esaminando le regioni delle fontanelle e delle suture, ecc.

Il catarro intestinale cronico il quale precede il rachitismo è accompagnato almeno in una metà dei casi da catarro bronchiale per cui questo

è anche considerato, per così dire, come uno dei prodromi della malattia. Ma così non va riguardato perchè è una malattia comune a quasi tutti i bambini, i quali sono affetti da qualche malattia costituzionale congenita o acquisita.

La sua guarigione si fa eziandio lentamente perchè la riparazione dei tessuti implicati nel processo morboso è molto stentata a cagione della poca vitalità generale dei loro elementi anatomici, per cui possiedono la proprietà di attirare in minimo grado verso di sè per appropriarseli i sali calcari introdotti cogli alimenti.

Ora sia che il rachitismo venga considerato come una malattia costituzionale nei casi gravi o soltanto localizzata nei leggieri, esso dipende pure sempre dall'insufficienza del fosfato di calce nelle cellule delle ossa e degli altri tessuti non perchè ne siano sprovvisti gli alimenti somministrati al bambino, ma perchè non vien assorbito o convenientemente depositato. L'assorbimento non compiuto per parte dei capillari sanguigni che scorrono nelle pareti intestinali dipende dal non trovarsi sciolto nel contenuto: il non depositarsi nei tessuti dal fatto opposto, cioè perchè essendo sciolto mentre circola coll'umore nutritivo fra gli elementi dei tessuti, non assume la forma solida allorquando si trova al contatto delle ossa.

E su questo proposito osservo che, siccome la fermentazione degli amilacei e dei zuccherini comincia a farsi nello stomaco di questi bambini in luogo dell'intestino tenue, in cui dovrebbe compiersi esclusivamente, ne succede che l'eccessiva quantità di acido lattico che da essa deriva annulla o indebolisce la facoltà digestiva del ventricolo per cui il suo contenuto subisce delle fermentazioni anormali, oppure non subisce le opportune modificazioni, onde esser assimilato e penetrare quindi nel torrente circolatorio e condurre con sè il fosfato di calce. La mucosa intestinale viene a sua volta irritata da questi prodotti come pure dall'acido lattico qualora non venga neutralizzato dalle sostanze alcaline contenute in prevalenza.

Che poi l'acido lattico contenuto nel canale intestinale venga assorbito e condotto senza subire trasformazione ai tessuti dal sangue non può essere ammesso, essendo questo liquido sempre di reazione alcalina e d'altra parte se vi penetrasse alla presenza dell'ossigeno che contiene si trasformerebbe dopo alcune modificazioni intermedie in acido carbonico ed acqua.

Per cui rimanendo esclusa la via del sangue ci rimarrebbe da cercare se l'acido lattico che è causa del rachitismo sia quello derivante dal lavoro muscolare oppure dalla trasformazione del glicocene preparato dal fegato,

ma tanto l'uno quanto l'altro subirebbero, mi pare, la medesima trasformazione di quella dell'acido lattico proveniente dalle vie digerenti ed assorbito prima d'essere trasportato alle ossa. Per cui la presenza di questo acido nei tessuti, che mantiene insolubile il fosfato di calce e impedisce il suo depositarsi, è evidentemente una semplice ipotesi. Quindi mi pare essere assai meglio ammettere che il fosfato di calce venga portato in circolazione dopo essere stato assorbito allo stato di lattofosfato di calce o di lattato di calce per lo sdoppiamento del fosfato di calce e di soda introdotto cogli alimenti.

In qualunque modo stia la cosa è un fatto ammesso da tutti che la malattia dipende non dal riassorbimento del fosfato di calce già contenuto nei tessuti ma dal non depositarsene dell'altro che dovrebbe servire a mantenere ulteriormente la loro solidità e resistenza ed a favorirne lo sviluppo. Cosicchè quello che si trova ora abbondante ora scarso nelle orine durante il decorso della malattia è lo stesso che viene introdotto coll'alimentazione, e non è trattenuto dai tessuti per motivi speciali che non ci è ancora dato di spiegare in modo verificabile.

Se poi per trovare una spiegazione ricorriamo alla dottrina dei microzimi, vediamo come essa sostenga i partigiani dell'ipotesi emessa or ora, imperocchè tanto l'appropriazione che fanno i tessuti del fosfato di calce quanto la formazione dell'acido lattico, nel ventricolo, o per la scomposizione del glicogene nel fegato o per il lavoro muscolare o direttamente negli altri tessuti si compie sempre alla presenza di granulazioni molecolari: sia che esse siano chiamate a compiere tale funzione fino dal momento in cui entrano a comporre il corpo del bambino, sia che l'acquistino mediante la loro normale evoluzione o trovandosi l'organismo nelle condizioni inadatte che la favoriscano.

Per cui non vi ha dubbio che la mancanza di fosfato di calce nelle ossa dipende dalla cessazione della funzione normale dei loro microzimi in una data epoca della vita del bambino oppure in un cangiamento della medesima, per cui non sono più capaci di attrarre verso di sè e di combinarsi coi sali calcari di cui esse abbisognano, che sono recati dal sangue e che vengono poscia eliminati colle orine.

Il cranio rachitico per essere più voluminoso del normale e per essere l'unico rappresentante, in alcuni rari casi, delle lesioni prodotte dal rachitismo o perchè queste non erano tanto caratteristiche per essere considerate come tipiche venne scambiato per il cranio d'un bambino affetto da idrocefalo cronico leggiero, oppure si disse che qualche volta l'idrocefalia complica il rachitismo.

Questo modo di vedere trova il suo appoggio nel fatto che tanto il rachitismo quanto l'idrocefalo sono accompagnati da lesioni nutritive generali e speciali alle ossa del cranio, del quale è anche cangiata la forma, dal ritardo nella chiusura delle fontanelle, dalla presenza di rilievi o infossature che si possono molti anni dopo verificare corrispondentemente alle suture e ai bordi delle fontanelle; ed infine perchè tanto i bambini affetti da rachitismo quanto gli idrocefalici in un leggiero grado hanno quasi sempre il ventre tumido, le estremità inferiori poco sviluppate in tutte le loro parti e gli uni e gli altri sono soggetti a diarree ed a catarri bronchiali assai frequentemente; per non parlare delle funzioni intellettuali che in tutti tardano a svilupparsi in proporzione del lento sviluppo del cervello e del sistema nervoso in generale.

Non sono del tutto alieno dall'ammettere la complicazione delle due malattie e tanto più nei casi in cui vi sono i sintomi encefalici relativi all'una, e gli altri che si riferiscono alle ossa per l'altra. Imperocchè essendo lo sviluppo del cranio regolato in parte dalla pressione che ricevono le sue pareti dal liquido encefalico e in parte dalla resistenza che oppone il tessuto delle ossa che le compongono proporzionale alla quantità di sali calcari che contengono nel loro spessore, è evidente che subiranno gli effetti della spinta più le ossa sottili e meno sviluppate che le altre le quali si trovano in diversa condizione, per cui le prime permetteranno al cranio di acquistare delle anormali proporzioni. Queste però non verrebbero raggiunte qualora le membrane che chiudono le fontanelle e gli spazi fra i bordi delle ossa in luogo di restringersi per essere invasi dalla sostanza ossea non subissero invece un allargamento del quale non si conoscono i limiti fuorchè a cose finite, cioè allorquando l'ossificazione è terminata.

Non nego che alcune volte il pratico si trova immerso in non piccole difficoltà nel riconoscere questa complicazione.

I ragazzi rachitici che la presentano, offrono all'esame accurato del medico una sproporzione di forme caratteristica (parlo dell'idrocefalo leggiero e non del grave) nel senso che sebbene tutte le parti del corpo siano relativamente regolari, tuttavia se le paragoniamo colla testa vediamo che sarebbe, per così dire, più adatta ad un individuo d'una statura molto maggiore, e mentre nel poco sviluppo delle facoltà intellettuali, del sistema osseo e muscolare, nella mancanza di espressione e di vivacità negli occhi, nell'inerzia in cui tiene continuamente la sua volontà ravvisiamo un ragazzo affetto da idrocefalia; invece nelle sporgenze delle bozze parietali e frontali, nella ritardata chiusura delle fontanelle e nella

apparenza speciale data al cranio dalla inclinazione esagerata in basso ed in avanti della vôlta del medesimo, non convessa normalmente, ma quasi spianata, ravvisiamo un bambino affetto da rachitismo, il quale giudizio è avvalorato dalla sottigliezza delle diafisi, dalla tendenza ai catarri cronici o ripetentisi frequentemente, negli intestini o nell'apparecchio respiratorio, e dalla debolezza generale.

In questo caso si può ammettere, secondo il mio modo di vedere, la complicazione delle due malattie, tanto più che il modo di agire delle cause che influiscono sul ricambio materiale è sempre assai complesso e mai limitato esclusivamente ad un solo sistema organico, ma a parecchi, fra i quali non sempre vi è relazione di funzione ma soltanto analogia di struttura.

Ricordo ancora, poichè siamo sull'argomento, che tanto nei bambini idrocefalici quanto nei rachitici vi è sempre del ritardo nell'eruzione dei denti, e come questi sono poco resistenti, per cui cadono presto, si cariano facilmente e per cause di poca entità. Lo spuntare di essi è niente regolare e la rinnovazione di quelli provvisori coi permanenti si fa con molta lentezza, e talvolta vi sono ancora denti provvisori non ancora sostituiti in persone adulte che da ragazzi presentavano i sintomi dell'una o dell'altra di queste malattie.

Della Sifilide. — La sifilide dei neonati comincia nella maggior parte dei casi con un eritema che invade la regione anale e delle natiche, quella interna e posteriore delle coscie e dei genitali. Cioè nelle regioni in cui si osserva comunemente la stessa malattia nei bambini grassi ai quali mancano certi riguardi di pulizia, e in quelli che sono affetti da enterocolite acuta. Talvolta si estende anche alla regione pubica e verso l'ombelicale e la sacrale.

Questo eritema ha eziandio il carattere comune a quelli dipendenti da altre cause che è l'essere doloroso. È inoltre ribelle a qualunque cura ed accompagnato non tanto di raro da catarro intestinale che in certi casi sembra esserne la causa.

La maggior parte delle volte il rossore cutaneo è uniforme e continuo su di tutta la superficie invasa ad eccezione della regione anale, dove è più vivo; più di raro è disposto a macchie rotonde o irregolari e larghe, separate da spazi dove la pelle ha un colore più chiaro senza che per questo si possa dire che possegga quello naturale.

In breve compariscono successivamente dapprima in vicinanza dei genitali e dell'ano e poscia nelle altre regioni, come pure in quelle non invase dall'eritema, sebbene confinanti immediatamente con esso, delle

papule rotonde e quasi circolari allargate, poco sporgenti sulla superficie della pelle, di larghezza compresa quasi sempre entro limiti determinati, colla base indurata, isolate o in rapporto coi loro bordi, non più di due, il cui colore è più scuro del fondo cutaneo. Poco dopo la loro comparsa presentano un'erosione d'epidermide di forma circolare più stretta della papula, la quale dopo la sua formazione si approfonda in modo da sembrare una ulcerazione i cui bordi sono internamente tagliati a picco.

Di mano in mano che queste papule assumono la loro forma e i caratteri specifici va scomparendo il colore eritematoso che le circonda. Il quale compare poscia di nuovo perifericamente attorno a quelle che si esulcerano.

Le papule osservate sulle coscie non compariscono mai nelle profondità, delle piegature cutanee che esse presentano nei bambini grassi, ma sempre e solamente sulle superficie libere e nella loro vicinanza, e questo le fa distinguere da altre papule che non dipendono da causa diatesica le quali accompagnano alcune volte gli eritemi di queste regioni.

Lesioni analoghe compariscono prima o più spesso dopo delle suddette nella regione interna delle labbra, nelle loro commessure, sulla lingua, sul palato molle. E queste hanno una forma ed un colore diverso secondo la regione in cui si trovano. Così quelle che stanno sulle labbra o negli angoli della bocca presentano talvolta la forma di ragadi; quelle che si trovano sulla lingua sono un po' sporgenti dal livello della mucosa e grossolanamente rotonde e superficiali. E tanto l'erosione che presentano queste come le prime hanno quasi sempre il fondo grigiastro o giallognolo e sono ordinariamente piccole. Nel palato molle e nei pilastri le papule mucose sono molto allargate, confluenti, non approfondate, nè sporgenti e circondate da un cercine biancastro e irregolare e qualche volta frastagliato.

I neonati affetti da sifilide congenita soffrono più frequentemente degli altri la congiuntivite catarrale o la purulenta, il decorso delle quali è assai più lungo di quello ordinario osservato negli altri bambini non affetti da questa malattia costituzionale.

Ed alla nascita, per quanto potei osservare, la maggior parte di questi bambini appaiono bene sviluppati, robusti e molto pesanti e non marasmatici, denutriti, come fu scritto da alcuni distinti autori. Il loro meconio viene eliminato in più breve tempo che negli altri, il cordone cade il quarto o il quinto giorno e le scariche alvine sono di color giallo d'oro, la forza con cui succhiano il latte, le grida colle quali esprimono qualche piccolo bisogno alternati da periodi di calma ci fanno credere che godano

di una ottima salute. Non tanto di raro però nascono immaturi o poco sviluppati.

Assai di raro ho veduto la faccia senile descritta dai medesimi in un bambino nato da genitori sifilitici.

Allorquando la malattia è già innoltrata unitamente ai tubercoli o papule mucose che chiamare si vogliano, e nelle regioni dove appariscono primitivamente, si osservano delle ulcerazioni circondate dalla pelle assolutamente sana. Sono arrotondate, il bordo molto distinto, duro, rotondo e sporgente, di colore ordinariamente rosso scuro, limitano un fondo di color grigio o giallognolo. Hanno una diversa larghezza, ora sono isolate, ora si toccano coi loro bordi e confluiscono dando una variante apparenza alla soluzione di continuità irregolare che costituiscono.

Queste lesioni cutanee si estendono alcune volte anche alle regioni anteriori interne e posteriori delle gambe e delle coscie e più di rado al piede e talvolta sono niente altro che dei tubercoli mucosi ulcerati, i quali non tanto si sono estesi in profondità quanto in larghezza e si osservano in bambini che non vennero assoggettati ad alcuna cura oppure che soffrirono durante la presenza delle papule mucose una lunga diarrea o assoggettati a una cattiva nutrizione, per cui si indebolì profondamente il loro organismo e consecutivamente si fecero delle erosioni d'epidermide che si cangiarono poscia in ulcerazioni.

Tanto le lesioni delle natiche e delle coscie, quanto quelle della regione della bocca sono accompagnate da ingorgo ghiandolare lento, quasi sempre multiplo e più o meno esteso secondo il numero e l'intensità delle manifestazioni specifiche. Le prime alla regione crurale corrispondente e qualche volta anche all'inguinale; le seconde hanno il loro ingorgo ghiandolare alla regione cervicale posteriore dove non di raro tutte le ghiandole si trovano ingorgate.

Il numero delle ghiandole comprese nel processo morboso non è presso a poco eguale in tutti i casi, ma in alcuni consta di una o due in ciascuna parte soltanto, ciò che si verifica più frequentemente esaminando la regione inguinocrurale e meno la cervicale posteriore.

Credo assolutamente inutile il cercar di dimostrare che la diatesi sifilitica congenita sia in tutti i casi annunziata nel neonato da una eruzione di pemfigo. Alcune volte questa esiste già poche ore dopo che il bambino è venuto alla luce; altre volte comparisce qualche giorno dopo. Non è mai febbrile, e viene a varie e successive riprese. L'ho osservata in neonati i quali non presentarono in seguito i sintomi di sifilide, e pochissime volte in quelli infetti. Io ritengo che il pemfigo dei neonati è assai

più raro della sifilide, per cui non si può dire che l'annunzi, ed in questo sono appoggiato dalla osservazione di molti fatti registrati nei parecchi anni in cui frequento l'Ospizio.

Nemmeno mi fu dato di vedere la coriza nei bambini sifilitici più frequentemente degli altri non infetti e tanto più nel modo con cui è descritta dagli autori, e in tutti i casi le lesioni della mucosa olfattiva erano catarrali. Il catarro nasale cronico è così comune presso i bambini indeboliti da lunghe malattie o da diatesi congenite che, secondo il mio modo di vedere, non può essere considerato come un processo morboso, la cui concomitanza costituisca un carattere assoluto.

L'anemia nei bambini sifilitici più che dalla tabe congenita da cui sono affetti, dipende dalle cattive condizioni di nutrizione in cui si trovano allorquando non essendo allattati da una nutrice pure sifilitica vengono assoggettati all'allattamento artificiale, il quale diventa fin dal suo esordire, in certi bambini, causa di catarri gastroenterici.

Il decorso della sifilide congenita nella maggior parte dei casi termina con esito più o meno favorevole secondo le condizioni igieniche in cui si trova il bambino e le cure che gli si prestano non solo dal medico ma anche dalle famiglie presso le quali, e tanto più se sono povere, predominano ancora tanti pregiudizi che valgono più dei consigli del medico, i quali mietono un gran numero di vittime. Nelle famiglie agiate vidi molte volte curata bene dalle mamme questa malattia e guarire.

La morte è quasi sempre cagionata dalle malattie intestinali, o dell'apparecchio respiratorio le quali aumentano rapidamente il marasmo che invade il bambino dopo le prime manifestazioni sifilitiche per quanto la sua nutrizione venga curata con tutta la diligenza possibile. Alcune volte, e specialmente per i bambini congenitamente gracili, la morte è preceduta da un marasmo successivamente crescente non dipendente da diarree profuse durante il decorso del quale la voce si fa sempre più fioca, il bambino non dorme, di quando in quando emette grida, cessa di prendere latte, del quale conviene introdurgliene di quando in quando delle piccolissime quantità. Contemporaneamente il ventre diventa meteorico e l'alvo chiuso; infine le sembianze diventano rugose, gli occhi infossati, la pelle oscura, le labbra sottili in modo da sembrare un vecchio.

La trasmissione della sifilide al feto avviene sempre se il padre e la madre sono infetti o se sono tali l'uno o l'altra. Vi sono però dei casi in cui essendovi il padre infetto si trasmette la infezione al prodotto del concepimento senza che la madre ne subisca prima le conseguenze, per cui servirebbe soltanto di veicolo per il passaggio del virus.

La sifilide congenita si palesa sempre colle manifestazioni secondarie che ho descritto ed è una delle più grandi rarità che queste appariscano subito dopo la nascita e nel decorso dei due primi mesi, ma ordinariamente fra il secondo ed il terzo.

La sifilide acquisita può avvenire in due maniere: cioè per il latte che il bambino prende da una nutrice infetta, o per qualche manifestazione che questa abbia sui capezzoli, sulla labbra, ecc.

L'infezione per mezzo del latte è ancora controversa. Anzi, dirò di più, la maggior parte degli autori non l'ammette, così pure noi facciamo non per seguire senz'altro la loro opinione, ma soltanto per aver avuto sotto gli occhi dei fatti che non la comprovano.

Piuttosto il lattante infetto può trasmettere la malattia alla nutrice la quale abbia qualche ragade o qualche abrasione epidermoidale al capezzolo, ed allora questa può tanto conservare il carattere che la fa distinguere in quanto alla forma, come pure quello d'essere dolorosa, oppure può anche trasformarsi in un tubercolo mucoso. In qualunque caso vi è sempre nella cavità ascellare corrispondente un ingorgo semplice o multiplo non doloroso nè acuto.

Oltre a detti caratteri le ragadi di questa natura hanno eziandio quello d'essere ribelli ad ogni cura diversa dalla specifica, anche quando viene opportunamente sospeso l'allattamento, la qual cosa deve essere di guida al pratico che deve stabilire una terapeutica adatta.

Non di raro però la regione ascellare presenta un ingorgo ghiandolare cronico e non doloroso senza che apparisca lesione alcuna al capezzolo o all'areola della mammella della stessa parte; forse perchè è già scomparsa spontaneamente e dopo una cura opportuna. Altre volte si osserva tale ingorgo senza che nello stesso tempo nè prima si possa verificare la esistenza di qualche lesione al capezzolo o sull'areola, essendo in alcuni casi le nutrici perfino tenute d'occhio dal medico quotidianamente, ed allora l'unica spiegazione possibile è questa, che esso sia stato prodotto dall'eccessiva durata della funzionalità delle mammelle. Tanto più che nel corpo umano in altre circostanze analogamente si osservano delle tumefazioni ghiandolari dopo l'ecessivo uso di altri organi che ad esse corrispondono per mezzo dei vasi linfatici. A meno che dipenda da abrasioni avvenute nell'epitelio che copre la superficie secernente dei lobuli delle ghiandole, cangiatesi in ulcerazioni.

Questi casi sono dubbii e per giudicarli occorre tutta l'esperienza che acquista un medico in un grande numero d'anni di esercizio professionale. Imperocchè la nutrice, quando non fu sorvegliata, nega le malattie già

sofferte prima nella regione di cui si parla, perchè non vengano lesi i suoi interessi. Il medico che in una donna apparentemente sana e robusta vede un ingorgo ghiandolare sospetto, teme di compromettere la sua riputazione e responsabilità confidandole un bambino mentre può ancora essere affetta da una sifilide contratta da un altro lattante o in un qualsiasi altro modo.

E poichè siamo sull'argomento faccio ancora osservare al cortese lettore che non tanto di raro anche i bambini presentano alle regioni crurali e cervicali posteriori degli ingorghi ghiandolari cronici o multipli senza che abbiano mai sofferto la sifilide. Queste dipendono allora da lesioni cutanee anche di poca entità la cui durata fu lunga, come sarebbero le abrasioni epidermoidali che talvolta si trasformano in ulcerazioni, che si formano nella regione del calcagno e nei malleoli, o nelle commessure delle dita, altre volte da alcune forme di dermatiti croniche non sottoposte a cura.

Le abrasioni epiteliali che avvengono sul faringe, sulle tonsille, sul palato molle, sulla parte superiore della laringe durante alcune malattie dell'apparecchio respiratorio e digerente seguite dall'indebolimento generale che altera tutte le funzioni e ritarda la loro riparazione se pure non favorisce il loro trasformarsi in ulcerazioni, cagionano l'ingorgo ghiandolare lento della regione cervicale posteriore. Valga questa osservazione a renderci cauti a pronunziare certi giudizi.

La trasmissione ereditaria della sifilide è spiegata assai bene e in modo soddisfacente dalla dottrina dei microzimi per mezzo del fatto che le granulazioni molecolari delle secrezioni destinate alla procreazione si mescolano, per così dire, intimamente per costruire l'embrione dei due sessi. I microzimi destinati a trasformarsi in vibrioni in un dato tempo dopo la nascita subiscono un cangiamento di funzione che li obbliga a raggrupparsi in un modo speciale onde assumere la loro forma. La cronicità di questo processo morboso infettivo, va coll'andar del tempo esaurendosi per la mutabilità delle forme e delle funzioni dei vibrioni, la quale termina di nuovo colla granulazione molecolare in cui si trasformano ulteriormente. Questi vibrioni non appena hanno raggiunto il massimo sviluppo producono le lesioni specifiche unitamente all'ingorgo ghiandolare dove furono studiati tanto dal Béchamp che da altri. I microzimi che debbono trasformarsi in vibrioni sifilitici sono contenuti, sotto forma di granulazioni molecolari, nei leucociti e distruggendosi questi per lasciarli in libertà vengono trasportati dal corso della linfa al sistema ghiandolare successivo dove subiscono una nuova trasformazione in vibrioni.

Dell'Anemia. — Le cause principali di questa malattia sono le emorragie in generale, qualunque sia la fonte dalla quale derivano, poscia l'essere stati sottoposti i bambini ad un'alimentazione non adatta per se stessa a costruire tutti i tessuti dell'organismo, o scarsa assolutamente, e poscia perchè non si trovarono le loro vie digerenti in ottime condizioni fisiologiche per lungo tempo, per cui funzionano male, ciò che accade per lo più nei convalescenti di malattie di lunga durata, fra i quali vanno compresi quelli nei quali l'anemia è accompagnata da una grande denutrizione di tutti i tessuti del corpo.

Questa malattia ha quindi diversi sintomi e delle forme corrispondentemente diverse.

Quella di cui parliamo per la prima dipende ora dall'applicazione di mignatte di cui non si chiusero spontaneamente, dopo il distacco, le incisioni da loro fatte, nè si potè far coagulare il sangue che scorre attraverso delle medesime coi mezzi ordinarii; altre volte dal cordone ombelicale di cui si parlò nell'apposito paragrafo, o dal taglio di un'arteria ranina avvenuto durante l'operazione del frenulo linguale. Possono infine derivare dalla mucosa nasale, da tagli, incisioni, contusioni, cadute, ecc. Venendo questi bambini soccorsi per tempo, e talvolta anche col semplice concorso della natura medicatrice, gli effetti prodotti da queste emorragie sono presto rimediabili, tanto più se il bambino è robusto e ben portante e se la loro durata è piccola.

In caso contrario o qualora si ripetano non ostante i soccorsi dell'arte già ricevuti e tanto più se i bambini che si hanno in cura sono affetti da altre malattie costituzionali, gli effetti dell'emorragia possono farsi molto gravi e allora compariscono i sintomi di adinamia e di collasso, per cui egli diventa freddo cominciando dalle estremità, la sua pelle diventa scolorata come pure le gengive, le congiuntive e le altre mucose accessibili, la sua voce si fa velata e debole, i movimenti muscolari in generale e quelli respiratorii si compiono senza energia, gli occhi sono privi di vivacità e poco impressionabili dalla luce. La medesima inerzia funzionale si estende all'organo dell'udito, per cui il bambino non lascia capire che percepisca i suoni e i rumori che si fanno sentire a lui d'attorno. Il cuore in alcuni casi, si fa sentire con battiti violenti e precipitosi quasi come se da sè solo volesse dare un energico impulso alla circolazione che va languendo; altre volte i suoi movimenti sono debolissimi e rapidi perchè il centro nervoso che presiede alla sua attività è stanco e mal funzionante per la mancanza dell'usuale eccitamento dell'ossigeno, non ricevuto più in quantità sufficiente.

Nei lattanti si osserva eziandio l'abbassamento delle fontanelle e il loro debolissimo pulsare anche quando l'azione cardiaca è aumentata.

Una forma speciale di anemia è quella presentata da certi bambini lattanti i quali sono ben provvisti di tessuto adiposo per cui le loro forme sono rotonde anzi che no, voluminose e molto compatte e resistenti alla pressione delle mani e non mancano le profonde pieghe cutanee alla nuca, alle coscie, ecc. E se nell'esaminare questi bambini si considerasse nel senso medico questo accumulamento di adipe veramente eccessivo e relativamente alla causa che lo produce, non secondo l'idea che gli ammette il pubblico il quale desume la robustezza d'un bambino esclusivamente dal volume che presenta e dalla rotondità delle forme, si farebbe senza dubbio la diagnosi di polisarcia adiposa la quale, come negli adulti, è cagionata dall'insufficiente combustione che subiscono gli alimenti idrocarburi, i quali in luogo di subire tutte le trasformazioni per le quali vengono ridotti in acido carbonico ed acqua si arrestano allo stato di adipe e si accumulano nei tessuti speciali che egli costituisce.

Questa deficiente metamorfosi dipende dal non adeguato rapporto tra la quantità che ne viene introdotta e quella dell'ossigeno non assorbito in quantità sufficiente. Tali bambini vengono di raro levati dalla culla e portati fuori di casa in un'aria più viva e salubre e in una grande luce, le quali sono già per se stesse energici eccitanti dei centri nervosi e delle funzioni alle quali essi presiedono; la madre o la nutrice non si occupano mai a sollazzarli un pochino onde mettere in esercizio, togliendo dall'inerzia, i loro muscoli. Ma anche così facendo il bambino è subito invaso dalla stanchezza che esprime col pianto durante quegli stessi giuochi, che in altri sono causa di clamorosa allegria.

I comuni tegumenti di questi bambini sono pallidi, di colore rosso molto chiaro le congiuntive e le gengive e talvolta nello stesso modo che apparirebbero se avessero sofferto qualche emorragia profusa.

Il languore di tutte le funzioni si desume dalla loro poca vivacità, dalla piccola resistenza a tutte le cause morbose ed alla tendenza ai catarri gastrointestinali e bronchiali ed alle malattie cutanee fra le quali predominano gli eczemi squamosi generali o parziali, l'impetigine al capo, ecc. Per questi ed analoghi motivi la loro costituzione viene considerata assai affine alla scrofolosa.

Vidi molti bambini presentanti i suddetti caratteri assoggettati fin dai primi giorni di vita all'allattamento artificiale con latte di vacca, altri furono nutriti con pappe di farinacei verso il finire del primo anno, ora preparate con acqua, ora con brodo o latte, ora esclusivamente, ora alter-

nate col latte della nutrice. Lo sviluppo e l'eruzione dei denti vengono molto ritardati in questi bambini, come anche il camminare, il parlare, il chiudersi delle fontanelle, ecc.

Ora se dovendo intraprendere la cura d'uno di questi bambini fossimo costretti a stabilire la diagnosi, dietro la conoscenza dei precedenti questa sarebbe certamente diversa secondochè daremmo più importanza al momento causale primitivo o allo stato in cui si trova nel momento in cui è visitato e nel tempo della cura. Nel primo caso le lesioni osservate dipenderebbero da una inadatta nutrizione per la quale il sangue non fu mai sufficientemente provvisto degli elementi plastici necessari allo sviluppo degli organi più importanti essendo affetto da ipoglobulia e da deficienza di albumina il quale stato è giustamente chiamato anemia; nel secondo caso noi scorgiamo già gli effetti della nutrizione inequabilmente distribuita e l'inerzia organica generale dipendente dall'essere stati, per così dire, dimenticati o assolutamente o solo in parte gli organi vitali più importanti, essendo stata l'alimentazione sprovvista di principii omogenei oppure gli stessi elementi dei tessuti incapaci di appropriarseli perchè fin dal principio forse non erano costituiti normalmente, e a cagion d'esempio l'uno mancava di fosfato di calce, l'altro di ferro, ecc. e quindi non possedevano la necessaria resistenza per continuare a svilupparsi onde acquistarlo.

Quindi emergono le indicazioni complesse che costituiscono il principio e la guida da seguire nella cura di questi bambini, le quali riguardano la migliore alimentazione, il favorire la formazione di nuovi e più resistenti corpuscoli sanguigni e di elementi dei tessuti, ed infine l'eccitamento di tutte le funzioni.

Una forma anche ben caratteristica è quella consecutiva alle malattie acute o croniche, febbrili o no, ed è sempre accompagnata da denutrizione, macilenza, ecc., proporzionale al pari dell'anemia alla distruzione che successe nell'organismo cagionata ora dall'altezza del grado e dalla durata della febbre i cui effetti non vennero sostituiti opportunamente da una adeguata alimentazione; ora da un catarro gastroenterico di lungo decorso durante il quale la digestione e l'assimilazione si fecero molto irregolarmente e l'assorbimento talvolta e non di raro fu impedito dalla copiosa secrezione di muco che copriva le parti intestinali e dalla lentezza circolatoria dei capillari.

Ed allora i bambini oltre alla macilenza presenteranno un ventre molto tumido, teso in parte dal meteorismo e in parte dall'ingorgo delle ghiandole mesenteriche per cui vi sarà un vero contrasto fra lo sviluppo di questa regione e la denutrizione di tutte le altre.

L'allattamento protratto o compiuto da una nutrice vecchia o incinta o fornita d'un latte non adatto all'età del bambino sono pure delle cause abbastanza comuni di anemia, imperocchè il latte in tutte queste circostanze perde assai delle sue facoltà nutritive ed il bambino dal canto suo se è ben sviluppato comincia ad aver bisogno d'una alimentazione più mista scorso il primo anno, della quale possono ormai far parte anche gli amilacei. I quali cominciando fin d'allora compariranno sempre in minori proporzioni colle materie fecali dopo la loro somministrazione.

Della Porpora emorragica. — Questa malattia, assai più comune nei bambini che negli adulti, dipende ordinariamente da tre cause le quali sono: la dissoluzione dei globuli rossi del sangue, la diminuzione della fibrina oppure da una sua speciale trasformazione molecolare che la rende incoagulabile, ed infine dalla fragilità delle pareti dei capillari sanguigni le quali si lasciano rompere dietro piccoli aumenti di pressione che nei bambini producono una dilatazione sotto ogni aspetto normale.

Ma l'uscita del sangue dai capillari può anche farsi senza la rottura della parete, ma soltanto perchè la sua diminuita densità permette che si faccia fra gli elementi cellulari che le costituiscono.

Sebbene questa malattia abbia tendenza ad invadere tutto il corpo tanto sulla superficie libera quanto nell'interno degli organi, tuttavia è cosa assai rara che si faccia così estesa. E in generale gli organi interni che all'autopsia presentano le traccie dell'invasione di questa malattia sono il cervello, i bronchi, i polmoni e le mucose intestinali.

Il suo andamento comune è assai lento e non sempre e anzi di raro annunziato da emorragie nasali, intestinali o di qualche altro organo. Distinti autori citano casi in cui il decorso fu molto acuto e preceduto da rinorragie ripetute e seguito da enterorragie. Debbono questi appartenere alle più grandi rarità imperocchè non li vidi mai nei moltissimi anni in cui frequento l'Ospizio dell'infanzia abbandonata di Torino.

La più frequente, secondo le mie osservazioni, è la porpora emorragica la quale segue le malattie croniche dei bambini. E questa è caratterizzata da successive comparse durante le quali aumenta il numero delle emorragie nella regione dove cominciò, mentre ne appariscono delle altre sparse nelle parti vicine. Queste macchie emorragiche sono ora ovali, ora circolari o elittiche. Ma sono sempre rotonde quelle che appariscono sulla pelle e sulle mucose vicine. I loro contorni sono sempre ben distinti e compressi e non si dileguano.

Complica talvolta le malattie eruttive acute ed allora è grave sempre e di funesto presagio.

La dottrina dei microzimi servendo a spiegare la costituzione e la formazione dei globuli sanguigni, ci può dare delle nozioni relativamente alle alterazioni che il sangue subisce nell'anemia e nella porpora emorragica.

Che nel sangue essi si trovino in gran quantità è oggidì ammesso da tutti. Secondo il Béchamp, la loro importanza è così grande che egli li considera come il terzo elemento organizzato del sangue, solamente per seguire l'ordine cronologico, mentre dovrebbero considerarsi come il primo. Essi concorrono a formare i due primi colla loro conglomerazione, e tanto più gli stessi corpuscoli rossi, i quali, quando perdono le loro proprietà funzionali, si trasformano di nuovo in microzimi, che si spargono nel siero e vengono poscia impiegati a costrurne degli altri.

Si trovano accumulati verso la parte centrale delle due concavità d'ogni globulo e sono assai simili a quelli contenuti nel fegato, ma più trasparenti.

Le ricerche fisiologiche ci dimostrano come le granulazioni molecolari del fegato aumentano di numero durante l'epoca della digestione. Il numero dei globuli rossi in tale epoca è minore nella vena porta, è massimo invece nelle vene sopraepatiche, sono eziandio più piccoli, meno depressi nelle loro faccie e più resistenti all'acqua.

Le esperienze del Béchamp lo inducono a credere che i microzimi del sangue sono d'una speciale natura e non eguali a quelli contenuti negli altri tessuti. Sono suscettibili di subire varie evoluzioni per trasformarsi in bacterii negli stessi vasi, ciò che, come già si è detto, coincide con un cangiamento successivo di funzione, favorito dal fatto che il sangue è un umore incessantemente variabile. Ad esso si riferiscono tutte le vicissitudini organiche della nutrizione, e le altre numerose e temporanee condizioni alle quali l'organismo è soggetto; per non parlare anche di quelle relative alla funzione respiratoria, come pure agli epitelii ghiandolari, dei quali non soltanto presiede al rinnovamento, ma ancora alla funzione, apportando ed esportando degli elementi che debbono modificarne continuamente la natura.

Per i motivi anzidetti non si può quindi negare l'influenza esercitata dalle granulazioni molecolari sulla formazione dei globuli rossi del sangue. Aggiungiamo ancora questo fatto, che i leucociti i quali penetrano nel fegato dalla vena porta, oltre d'essere in maggior numero relativamente ai corpuscoli rossi, contengono eziandio un minor numero di microzimi contrariamente a ciò che si osserva in quelli che vengono esportati dalle vene sopraepatiche i quali ne contengono in grande

quantità, sia che non abbiano ancora subito alcun cangiamento di forma, sia che stiano appiattendosi e colorandosi.

Nello stesso modo che i microzimi delle ossa e dei tessuti in generale si debbono combinare col fosfato di calce per aggrupparsi in maniera da costituire i loro elementi cellulari, quelli del fegato, appropriandosi il ferro introdotto nel sistema digerente dagli alimenti, costruiscono, radunandosi in maggior quantità nei globuli bianchi, i corpuscoli rossi nei quali dimorano fino alla cessazione della loro vitalità, dopo di che, non trovandosi più in un ambiente adatto, cedono di nuovo il ferro per assumere le primitive funzioni comuni a tutti gli altri.

Allorquando avviene un' emorragia, succede la sottrazione di un grandissimo numero di microzimi ematici unitamente alla copiosa quantità del ferro che contengono, nonchè una notevole quantità degli altri i quali presiedono alla nutrizione generale ed alla costruzione dei primitivi elementi degli organi. Di conseguenza, in proporzione della loro mancanza, deve o sospendersi il loro sviluppo o rallentarsi e indebolirsi le loro funzioni. Non basta come mezzo sostitutivo l'introdurre immediatamente una maggiore quantità di alimenti, imperocchè anche gli organi digestivi sono compresi nell' indebolimento generale. Tutti sappiamo come prima debba ricostituirsi il sangue onde essere atto ad alimentare le loro secrezioni, e per eccitare il sistema nervoso che deve dirigerle. Questo si fa mediante le successive trasformazioni che i microzimi del fegato vanno subendo alla presenza del ferro che in parte viene introdotto, ed in parte esso contiene e viene apportato dalla milza per essersi separato dalle combinazioni coi microzimi che primitivamente avevano costituito dei globuli sanguigni; il che si fa stentatamente, perchè è scarsa l'introduzione nel sangue degli alimenti assimilati.

Colla dottrina dei microzimi si spiega come siano presto riparate le conseguenze d'una leggiera emorragia, — assai lentamente, e qualche volta con interruzioni più o meno lunghe, gli effetti di quelle gravi, non solamente riguardo al sangue, ma ancora a tutti i tessuti in generale.

Infine la stessa teoria ci dà la spiegazione della difficoltà a rimettersi dell'organismo d'un convalescente, il quale abbia sofferto a lungo una malattia esauriente, a causa delle proprietà che possiedono i suddetti microzimi di combinarsi ora col ferro, ora col fosforo, ora colla calce, ecc., elementi che nel decorso della malattia vennero alcune volte esportati nelle copiose perdite di umori, o resi inattivi dalle anormali reazioni chimiche le quali accompagnano l'evoluzione febbrile e non più reintegrati dopo in modo opportuno.

I microzimi prima d'essere di nuovo adatti a ricostruire il corpo debbono combinarsi nuovamente colle suddette sostanze, le quali vengono introdotte nel sangue, non in proporzione dell'abbondanza dell'alimentazione, ma secondo il grado della funzionalità dell'apparecchio digerente molto indebolito e lo stentato funzionare delle sue parti essenziali, per essere i loro epitelii denutriti.

La porpora emorragica, — sia che dipenda dalla diminuita quantità di fibrina o dalla diminuzione dei corpuscoli rossi, per cui è minore la densità del sangue; sia che venga cagionata dalla fragilità delle pareti dei capillari, che è quanto dire dalla poca resistenza e vitalità delle cellule che unendosi coi loro bordi li costituiscono, — viene spiegata dall'alterazione nutritiva che invase l'organismo intiero dopo che i microzimi cangiarono di funzione per aver ceduto ad altre combinazioni non necessarie all'organismo gli elementi minerali che contenevano.

CAPITOLO XX.

Della cura delle malattie costituzionali — Della Tubercolosi — Della scelta della nutrice — Della Scrofolosi — Del Rachitismo — Della Sifilide — Dell'Anemia — Della Porpora emorragica.

Della cura della Tubercolosi. — Questa gravissima malattia serpeggia fra le famiglie degli operai delle grandi città, a cagione della miseria e della numerosa prole, per cui riescono naturalmente insufficienti i guadagni, — dall'accumulamento in un ambiente molto ristretto dei sani e degli ammalati, — dal dormire nel medesimo letto di persone di età diversa, senza i più comuni riguardi di pulizia, — ed infine per essere misurate con troppa esattezza le ore del sonno e del riposo giornaliero.

Si aggiunga a queste cause, già per se stesse molto importanti, che la nutrizione è quasi sempre inopportuna, se pure non è insufficiente ai bisogni dell'organismo. La maggior parte delle volte è grossolana, di difficile digestione, e contiene dei principii che irritano continuamente le vie intestinali. Venendo assunta dagli adulti, viene anche per noncuranza, per impossibilità a fare diversamente, o per causa di quel pregiudizio che vale più del consiglio del medico, somministrata ai bambini di pochissimi anni o mesi di vita.

Queste cause sono inamovibili, evidentemente perchè dipendono dalla posizione sociale. È per esse, e per la difficoltà di isolare i sani dagli ammalati, che la tubercolosi miete un maggior numero di vittime nelle classi povere che nelle agiate. In queste, sebbene la malattia sia di preferenza ereditaria, si possono, fino ad un certo punto, tenere lontane le sue manifestazioni con una ben ragionata profilassi. Anche allorquando ha invaso l'organismo, si possono ritardare opportunamente le sue evoluzioni retrograde.

Contribuiscono a produrre la tubercolosi l'accumulamento dei bambini in scuole strette, poco aerate, poco esposte alla luce, coi pavimenti di mattoni che dànno polvere; nei dormitoi dei collegi, bassi e mal ventilati; nei brefotrofii, ecc., per cui sono obbligati a respirare continuamente un'aria infetta da emanazioni escrementizie; la mancanza di

lunghi intervalli di riposo alternati da ricreazioni all'aria libera, colle diverse forme di ginnastica loro applicate, ed infine il mandare prematuramente i ragazzi a scuola.

Queste importantissime cause agiscono come occasionali nei bambini predisposti alla tubercolosi per ereditarietà o per debolezza di costituzione; come predisponenti in quelli robusti, deteriorando profondamente il loro organismo, per cui resta favorita l'invasione, non solo di questa, ma ancora di molte altre malattie.

Le indicazioni principali nella cura di questa malattia sono due: la prima consiste nell'impedire, per mezzo d'una buona igiene, l'introduzione della granulazione tubercolare nell'organismo; la seconda nell'opporsi alle sue metamorfosi regressive.

Non si può parlare di cura nello stretto senso della parola, perchè la granulazione tubercolosa non si può modificare nella sua natura, nè risolvere con rimedi.

La cura profilattica dipende, nei suoi effetti, dalla confidenza dei clienti nel medico, e dai mezzi di cui la famiglia può disporre dietro il suo consiglio; trattandosi di bambini, la prima di tutte è l'opportuna scelta della nutrice.

Della scelta della nutrice. — Allorquando un bambino nasce in una famiglia nella quale alcune persone sono morte di tubercolosi o vanno soggette a malattie di petto, è necessario incominciare la cura igienica fin dai primi giorni della sua vita e continuarla diligentemente facendola intender bene ai parenti ed alle nutrici. La buona alimentazione è uno dei principali mezzi con cui si ritarda l'invasione della malattia; è necessario perciò che la nutrice che deve allevarlo sia scrupolosamente esaminata dal medico, non bastando la levatrice, la quale non conosce il limite della responsabilità a cui si espone.

Si deve rifiutare la nutrice se è gracile, anemica, debole, di costituzione linfatica, sia pure la madre del bambino da allattare: come pure se ha oltrepassato i trent'anni, e con più alta ragione se prima di quest'epoca mise alla luce ed allattò un numero relativamente grande di bambini; se le gravidanze furono laboriose ed i parti non regolari e difficili, per cui si possa dubitare, anche considerando il suo aspetto florido, che l'allattamento non debba procedere sino alla fine senza inciampi, nè inconvenienti.

Nè bisogna dimenticarsi di verificare se ebbe degli aborti e se qualcheduno dei suoi bambini morì e di quale malattia, ed in qual'epoca del matrimonio e della sua età; la professione del marito, le occupazioni

alle quali era dedicato prima di prender moglie, ed infine se la longevità sia ereditaria fra i parenti dell'uno e dell'altro dei coniugi.

Non occorre nemmeno di avvertire che l'esame della nutrice deve essere completo, cioè diretto a tutti gli organi e non solo a quelli che ordinariamente si esaminano dalle levatrici superficialmente, senza nemmeno indagare in qual modo esercitino la loro funzione, mediante un'osservazione di alcuni giorni consecutivi e in ore stabilite.

È un carattere di poca importanza la forma conica delle mammelle, la quale va ordinariamente perduta durante l'evoluzione lattea dei primi giorni del puerperio, ma piuttosto l'esservi un capezzolo sporgente, l'uscire facilmente del latte, l'essere cedevole e rilasciata la pelle dell'areola, in modo da occludere bene l'apertura boccale del neonato durante il succhiamento.

Esaminando questi organi bisogna badare se la loro grossezza sia dovuta al tessuto adiposo sottocutaneo piuttostochè alla parte ghiandolare, ciò che è sempre da preferirsi e presto verificato. In generale sono migliori nutrici quelle che hanno le mammelle coperte da un sottile strato di pelle che le fa parere piccole.

È utile indagare la reazione chimica del latte; cioè l'esaminarne l'acidità, facendone passare alcune goccie su di una carta imbevuta colla tintura di tornasole, tutte le volte che si visita la nutrice, per assicurarsi se questa proprietà sia posseduta ordinariamente, o solo alcune volte, come, a cagion d'esempio, avviene allorquando la nutrice sta un tempo maggiore del solito senza mettere il neonato al seno, oppure fece un pasto più copioso dell'usuale e più ricco d'albuminoidi.

Questa norma è tanto più necessaria in quanto che la presenza dell'acido lattico nel latte muliebre è, non di raro, cagione di catarro intestinale nei lattanti e di exemi squamosi di lunga durata, i quali migliorano bensì modificando la dieta della nutrice, ma guariscono soltanto se è sostituita da un'altra migliore.

Per terminare le osservazioni, alle quali va sottoposta per alcuni giorni di seguito la donna che deve allattare il bambino che il medico ha in cura, non bisogna dimenticare di tener conto del tempo compreso fra l'ultima succhiata del bambino e la prossima e successiva pienezza delle mammelle, la quale in una buona nutrice deve farsi fra le tre e le cinque ore, cioè presso a poco nel tempo impiegato dal bambino a digerire il latte introdotto nel ventricolo.

Nè si tralasci di cercare se la nutrice ha un carattere tranquillo, non irascibile, nè se è soggetta ad accessi di indole nervosa, dopo i quali

la natura chimica del latte è spesso cangiata, indipendentemente dalla loro durata e di conoscere lo stato della relativa agiatezza sostenuta in parte dalla professione del marito ed in parte dai beni posseduti. L'avere una stalla con alcune vacche, considerato nei nostri paeselli di montagna come una ricchezza, non deve tanto rallegrarci, perchè talvolta, senza che ne abbiano il consenso, usano il loro latte in luogo del proprio per nutrire il bambino fin dai primi mesi di vita, in cui la sua digestione è ancora molto difficile.

In quanto alla mestruazione delle nutrici osservo che avviene, in quasi una metà o almeno un terzo delle donne che allattano, talvolta in epoche quasi fisse e in tutti i mesi. In alcune fin dal secondo mese dell'allattamento, in altre più tardi. Le nutrici mercenarie accusano di raro, e per lo più con paura, questo fatto, pel timore di vedersi togliere i bambini.

L'allattamento va sempre sorvegliato dal medico di casa, come anche le piccole malattie intercorrenti. Esso va continuato fintantochè il bambino abbia otto denti.

In tutto il tempo dell'allattamento non vanno somministrate le solite pappe, le farine lattee, ecc., ma solo si può dare, verso il finire del medesimo, latte di vacca, sentito il consiglio del medico. La nutrice va alimentata con carne, ova, latte, pane bianco e non con sola minestra o farinacei, come si usa tuttora in alcune regioni del Piemonte, e la si obblighi a fare delle passeggiate secondo il bisogno del suo organismo e la stagione.

Durante la dentizione la sorveglianza va raddoppiata, perchè in tale epoca il bambino può soffrire disturbi di varia natura e intensità che facendosi gravi possono talvolta mettere la sua vita in pericolo.

Slattato il bambino, non lo si nutra, come si usa dalle nutrici mercenarie e anche da signore istruite (che non interpellano il medico in cosa di sì gran momento), con pappe di farinacei, fra i quali credendo di far cosa ottima, nella loro ignoranza, scelgono la tapioca, l'arrowrot, ecc., costituiti quasi esclusivamente di amido, che oltre all'essere digeriti raramente in tale epoca della vita, si convertiscono nell'organismo in zucchero, in grassi e mai in tessuto muscolare, in tessuto nerveo, ecc. Subito dopo lo slattamento, invece, si consiglia somministrare il solo latte di vacca, poscia le rossumate nelle loro varie forme, in appresso le ova cremate, le zuppette di paste, di pane, nel brodo sgrassato e concentrato, nel latte, e poco per volta anche altre sostanze.

Si possono altresì preparare vari brodi con estratti di carne concentrata, molto eccitanti e nutrienti. A questi bambini si accresce in vario

modo il valore nutritivo d'un alimento aggiungendo dei minuzzoli di carne colle zuppette di pane, di pasta fina, di farina di frumento. In luogo dei medesimi si può spremere il sugo della carne magra per mezzo d'un piccolo torchio, il quale serve evidentemente agli stessi usi, o distribuire pezzetti di carne cruda, battuta in precedenza.

Durante i piccoli pasti si somministrerà, come il medico crederà più opportuno, ora il fosfato di calce, ora la polvere zootrofica, ora il ferro o solo o unito al fosfato di calce o sotto forma d'un'acqua ferruginosa minerale, di cui la più ricca è quella di Ceresole.

L'arsenico, l'olio di merluzzo e le varie sue emulsioni sono parimenti indicati nei bambini macilenti, avvertendo che il catarro gastroenterico controindica tutte queste sostanze.

I bambini tubercolosi vanno tenuti, d'inverno, in un clima assai mite, non agitato da venti, nè molestato da violenti cangiamenti di temperatura.

In estate abitino in campagna e non si tengano nè a dormire nè a dimorare nelle stalle, dove respirerebbero le emanazioni escrementizie del bestiame, molto pregne di acido carbonico e carbonato d'ammoniaca e umide. In tempo di pioggia, si facciano divertire in locali ampi, spaziosi, ben aerati e attraversati dalla luce, nei quali non vi sia produzione di polvere, possibilmente. Questo regime va continuato per alcuni anni, durante i quali non bisogna parlare nè di scuola, nè di altre occupazioni intellettuali.

Il vitto dovrà essere d'allora in poi azotato, senza però escludere completamente gli erbaggi, gli amilacei, i legumi, ecc., secondo la costituzione del ragazzo da curare, le sue occupazioni, e le altre cure alle quali è sottoposto. Deve essere sempre di facile digestione e non soverchiamente abbondante nè eccitante, per non favorire o produrre delle congestioni oltremodo prolungate o eccessive agli organi interni, e in special modo a quelli respiratorii e digerenti, le quali potrebbero divenire causa di catarro.

Se unitamente alle cure igieniche si mettessero i ragazzi, provenienti da famiglie tubercolotiche, in condizioni assolutamente opposte a quelle in cui da lunghi anni vissero i genitori e gli antenati, io credo che l'ereditarietà eserciterebbe meno i suoi effetti. Questo però è impossibile da ottenersi, poichè la vita sociale impone di dare una educazione perfetta ai nostri figli, e di conseguenza il vivere nelle città dove tutte le professioni hanno il maggior sviluppo. Le comodità e i divertimenti contraccambiano sufficientemente le fatiche giornaliere. La facilità con

cui abitando nelle città si può stabilire una cura adatta a qualunque malattia, rendono il soggiorno in esse attraente al bisogno più di quanto dovrebbe esserlo.

Della cura del Rachitismo. — È caso raro, per non dire rarissimo, che questa malattia non sia accompagnata, o in sul principio o nel suo decorso, da altre lesioni nutritive costituzionali. Le cause che producono l'una, generano eziandio le altre. Esaminando un bambino rachitico, o tenendolo in osservazione per un certo tempo, vediamo essere raro che contemporaneamente non compaiano nel suo organismo altre malattie, le quali pongono in luce delle lesioni costituzionali dipendenti dalle altre diatesi da cui è affetto; ordinariamente la scrofola e la tubercolosi, per non parlare della sifilide congenita, la quale altera talmente la struttura delle ossa che le rende molli e cedevoli, per cui le predispone alle incurvature nello stesso modo operato dal rachitismo.

Quindi è tutt'altro che cosa rara il trovare i sintomi d'una polmonite lenta agli apici polmonari d'un ragazzo rachitico, o d'una tubercolosi mesenterica e degli ingorghi ghiandolari lenti soli o multipli in varie parti del corpo come nel mesenterio, nella regione anteriore del collo, nella ioidea superiore, nei bronchi, ecc. Lo stesso catarro intestinale cronico il quale precede o accompagna il rachitismo è seguito, a lungo andare, da lesioni analoghe; in alcuni casi si può considerare come l'unica causa di questa malattia, per essere stato il medico in grado di escludere tutte le altre alle quali il bambino fu mai esposto. Non di rado dopo il medesimo, e tanto più se fu protratto, egli trova doloroso il camminare e insiste o piange per non esservi obbligato, chiedendo di essere preso in braccio, o di essere messo a letto, oppure cessa di adempiere a questa funzione senza lamenti di sorta.

Dopo lunghe ed esaurienti malattie si possono osservare gli stessi effetti, allorquando venne alterata la nutrizione dell'apparecchio locomotore molto profondamente, per cui non può più funzionare senza prima reintegrarsi.

In queste circostanze entrano in azione varie cause dipendenti dalla denutrizione, la quale invase non solamente il sistema osseo, ma ancora il muscolare ed il nervoso, le ghiandole del sistema digerente, per non parlare di altre e dello strato adiposo sottocutaneo. La mancanza o scarsità di esso, nella regione plantare, è d'importanza non trascurabile quando il bambino dovrà di nuovo disporsi a camminare.

Durante la convalescenza le lesioni rachitiche trovano talvolta la loro causa in una disordinata nutrizione. Non si dirige indistintamente a

tutti i tessuti, o perchè non contiene gli elementi qualitativamente e quantitativamente adatti, o perchè non vengono assimilati, oppure non possono depositarvisi, per aumentare il peso ed il volume degli organi, quantunque vengano attratti per il bisogno che quelli sentono, per così dire, di ricostituirsi.

Abbiamo esempi di quanto asseriamo, non soltanto nell'incurvamento delle ossa, dipendente dal non depositarsi del fosfato di calce, ma eziandio nell'irregolare ricostituzione nutritiva e funzionale dei diversi sistemi muscolari che circondano un osso, la cui forma non può esser conservata, perchè la diminuita compattezza del suo tessuto favorisce la predominante azione di quelli che vanno sviluppandosi di più.

La diagnosi del rachitismo viene fatta in seguito alla comparsa delle prime manifestazioni ossee, nè possiamo fidarci esclusivamente dell'osservazione della quantità di fosfati contenuta nelle orine, imperocchè da queste viene eliminata quella introdotta cogli alimenti e che non fu trattenuta dalle ossa, e quindi è maggiore o minore secondo queste circostanze. Supponendo pure che l'esame delle orine fornisca dei dati sicuri e quindi sia necessario, non è però men vero che la mancanza dell'esame chimico delle orine non pregiudica in nessun modo gli effetti che si debbono ottenere colla cura terapeutica.

Un medico oculato e prudente prevede, anche in un organismo infantile robusto, le conseguenze d'una malattia cronica, e quindi unisce, pensando all'avvenire del bambino, le due cure: cioè quella propria della malattia e quella ricostituente.

Ricordo come non va passato sotto silenzio l'immenso vantaggio recato, nella cura delle affezioni croniche infantili, dal fosfato di calce. Non vi è medico il quale non ne faccia uso, nè malattie o convalescenze di lunga durata dove sia controindicato.

La sua somministrazione non esclude quella di altri rimedi; è utile anche ai bambini che, senza essere ammalati, si sviluppano lentamente, sono gracili, delicati, ecc., ed anche a scopo preventivo sotto qualunque forma piaccia al medico di prescriverlo. Si può dare mescolato col latte, colle ova cremate, colle rossumate, o colle zuppe al brodo di carne, ecc., e anche sciolto nell'acqua sotto forma di lattofosfato o di cloridrofosfato.

Questo preparato si può altresì unire al ferro allorquando, come avviene spesso, l'anemia è accompagnata dalla macilenza. La sua dose è due o tre volte maggiore. Nella cura del rachitismo non va dimenticato l'olio di merluzzo, purchè il bambino non soffra contemporaneamente

catarro intestinale, anche leggiero, con diarrea puzzolente; in suo luogo può essere somministrata l'emulsione Scott, la quale non richiede eguali riguardi.

Non parlo della cura del catarro bronchiale, o intestinale cronico, il quale precede o accompagna le prime manifestazioni ossee del rachitismo, avendone parlato in appositi paragrafi; osservo solo come col sospetto che ogni medico deve avere che una diarrea oltremodo prolungata sia seguita da questa malattia, egli deve pensare per tempo a prevenirla e curarla energicamente, per quanto è possibile, tanto più trattandosi di bambini ancora lattanti.

Prescrivendo il magistero di bismuto, in cartine, si può unire il carbonato, o il fosfato di calce; o sostituirlo con uno di questi due preparati; o sospendere il primo nell'acqua di calce: come si disse nel capitolo delle malattie intestinali.

Se la denutrizione del bambino dipende dalla cattiva qualità del latte della nutrice bisogna provvedere in proposito, o cangiandola, oppure imponendole il miglioramento della sua alimentazione, secondo i casi.

Alle minestre di legumi, di erbaggi, ed al pane di meliga, alla polenta, ecc., di cui per interesse o povertà si fa ancora uso in alcune delle nostre campagne, si sostituisca carne, ova, latte, formaggio, oltre al ferro, al fosfato di calce e all'olio di merluzzo, che il medico, in date circostanze, può e deve ancora prescrivere quando è impossibile fare diversamente.

Altra causa di rachitismo, pure comune, ma non considerata come tale dalle madri di famiglia (per le quali il banale uso degli antenati vale più del consiglio del medico), è lo slattare precocemente i bambini ed il nutrirli sia nei primi mesi di vita, sia prima o dopo l'epoca del regolare svezzamento, con pappe di farina di frumento, di meliga, o con tapioca o arrowroth, ecc.

Sebbene alcune di queste sostanze contengano una certa quantità di albumina vegetale, vanno considerate come poco nutrienti, relativamente ai lattanti, per due ragioni: prima perchè bisogna introdurne una grande quantità affinchè gli albuminoidi che le stesse contengono siano sufficienti alla nutrizione dei tessuti analoghi dell'organismo; in secondo luogo perchè l'amido è inassimilabile nei primi mesi di vita, per cui comparisce immutato nelle materie fecali, se pure non subisce delle fermentazioni anormali producendo dell'acido lattico in quantità eccessiva, causa a sua volta di catarro enterico, diarrea, feci puzzolenti, ecc. Se poi la sua trasformazione si facesse secondo le leggi fisiologiche dall'acido lattico,

prodotto in quantità regolare mediante l'ossigeno contenuto negl'intestini, deriverebbe l'acido butirrico. Dalla combinazione di questo cogli alcalini, i grassi, si trasformano definitivamente in acido carbonico ed acqua se la combustione dipendente dall'introduzione dell'ossigeno è abbastanza attiva. In qualunque modo sarebbero nutriti i tessuti, costituiti dai grassi, piuttostochè gli altri di maggior importanza, che sembrerebbero dimenticati.

Il tenere i bambini nelle abitazioni umide, mal ventilate, in stalle, o in camere terrene senza pavimento, nè cantina sottoposta, è anche frequentissima causa di rachitismo, alla quale badano ancora poco i genitori che mandano a nutrire i loro bambini in campagna, colla bella ed illusoria speranza che l'aria pura e salubre, di cui dovrebbero godere e godono solo in scarsa quantità, debba farli sviluppare bene e renderli robusti!

Altre volte vediamo i parenti robusti e giovani, mentre il loro bambino diventa rachitico per esser stato tenuto continuamente a letto, anche dopo aver compiuto il primo anno di vita, allorquando dovrebbe ormai disporsi a camminare o spontaneamente o dopo un paziente e graduale esercizio, ed è solo tolto dalla culla le poche e scarsissime volte che l'amorosissima nutrice si dispone a pulirli e forse anche ad allattarli.

In questi casi non occorre essere medico per capire come la nutrizione dell'organismo intiero sia molto alterata, come pure quella delle ossa, per cui certe deformità del cranio, della colonna vertebrale, del bacino, ecc. possono dipendere da una posizione anche normale del corpo, lungamente conservata e diventata abituale.

Queste cause di rachitismo vanno schivate portando i bambini all'aria libera, il tempo permettendolo, collocati in un'ampia cesta, e coprendo la faccia con un velo onde l'aria non la colpisca direttamente, e la polvere non penetri negli occhi e nelle vie respiratorie.

Più tardi va portato in braccio dalla nutrice, cambiandolo frequentemente di posizione, o condotto a spasso in una carrozzella, seduto simmetricamente e in modo che la superficie di sostegno del corpo occupi una grande estensione.

In quanto al divezzamento si deve seguire la regola non soltanto dell'età, ma più ancora della dentizione. Quindi bisogna indagare se questa successe regolarmente e senza indisposizioni importanti; tener conto del numero dei denti già spuntati, non inferiore agli otto o dieci; dell'epoca in cui spuntarono i primi due e dell'intervallo frapposto fra questi ed i successivi, e cosi di seguito.

Infine è necessario guardare se lo sviluppo e il peso del corpo siano proporzionati all'età e se esso sia dotato d'una certa robustezza.

Siccome il bambino in tale epoca sta per attraversare una delle epoche critiche della sua vita, va circondato da tutte le cure igieniche possibili.

Per divezzarlo, qualora si possa farlo, si scelga la primavera o l'autunno, mentre è in campagna o si fanno i preparativi per andarvi. Se fu vaccinato recentemente, si aspetti il disseccamento delle pustole; se da pochi giorni soltanto spuntarono i due ultimi degli otto o dieci denti, si aspetti ancora qualche settimana, per dar luogo agli altri che per caso dovessero uscire.

Qualunque malattia, anche di lieve importanza, controindica lo svezzamento, il quale deve sempre essere consigliato esclusivamente dal medico.

Se la costituzione di questi bambini fosse torpida e dovesse venire eccitata la nutrizione, sono molto utili i bagni di mare naturali o artificiali o di cloruro di sodio, e anche quelli aromatici di cui do le seguenti formole:

P. Foglie di salvia grammi duecento
s. f. infuso a caldo alla colatura di litri due di acqua comune
che andranno versati nell'acqua del bagno già preparato.

In luogo della salvia si può usare il timo, l'assenzio, ecc., alla stessa dose.

Invece dell'infuso caldo si può versare nel bagno una soluzione alcoolica delle suddette essenze. Ed il mezzo è più spiccio. Come:

P. Essenza di timo . . . . goccie cinquanta
Alcool . . . . grammi venti
(Uso esterno).

P. Essenza di timo . . . . grammi cinque
(Uso esterno).

Da versarne nel bagno cinquanta o sessanta goccie agitando.

Lo stesso si dica di tutte le altre essenze di lavandula, di salvia, di menta, di alloro, ecc.

Questi bagni vengono da taluni adoperati per eccitare la nutrizione dei muscoli atrofici. Io non credo che siano più utili delle fregazioni aromatiche e irritanti.

Gli incurvamenti delle ossa, qualora siano leggieri, si correggono quasi sempre spontaneamente sotto l'influenza della cura opportuna.

Essendo gravi si può praticare il raddrizzamento forzato, la frattura delle ossa incurvate, seguita poi dall'applicazione di adatte fasciature e di apparecchi ortopedici.

L'atrofia muscolare si può curare colla ginnastica e colle applicazioni elettriche.

I principii che dettarono i metodi di cura sono gli stessi seguiti nell'Ospizio da lunghi anni, e sono quindi sanzionati dalla loro continua esecuzione e dai risultati ottenuti.

Della cura della Scrofolosi. — La divisione della scrofola nelle due forme: di torpida o pastacea, e nervosa o eretistica, è molto utile per la diagnosi e per la terapeutica, per le indicazioni assolutamente diverse che ognuna di esse richiede.

La prima forma è propria di quei bambini che hanno il tessuto connettivo sottocutaneo abbondante e qualche volta eccessivamente infiltrato di grasso, da rendere pastosa la loro pelle e rotondeggianti le forme. Hanno le labbra grosse e tumide, le pinne nasali coi contorni grossolani e male delineati; gli occhi privi di vivacità e di espressione. I loro sistemi nervoso e muscolare sono inerti e poco sensibili, le facoltà intellettuali paiono intorpidite. Lo sviluppo dello scheletro è quasi sempre regolare. La loro occupazione preferita è di stare quasi continuamente seduti o di muoversi pochissimo e di mangiare. I cibi che scelgono sono quasi sempre il pane ed i farinacei. Il loro ventre è tumido per l'enorme quantità di sostanze ingerite e di gas intestinali. Soffrono frequentemente di diarrea, senza che lo stato generale si mostri turbato, giacchè serve solamente a condurre fuori dell'organismo il superfluo.

La loro pelle è poco sensibile alle influenze atmosferiche. Tale organismo reagisce sempre debolmente nelle malattie, la guarigione è quasi sempre stentata, se pure si fa completamente e non lascia qualche lesione anatomica la quale prepari altre volte il terreno alla sua invasione. A cagione dell'inerzia del movimento chimico molecolare, si fa moltissime volte in un modo subdolo ed ingannevole e non in modo franco e caratteristico.

Questi bambini, a cagione della poca attività organica generale, respirano anche lentamente ed insufficientemente, per cui l'ossigeno introdotto non basta alla combustione di tutti gli idrocarburi introdotti quotidianamente, dimodochè questi si depositano sotto forma di grasso.

La forma eretistica è del tutto opposta. Gli individui appartenenti a questo tipo sono esili di forme, magri, sottili; ma svelti nei movimenti e vivaci nel gesto e nello sguardo. Le loro facoltà intellettuali si sviluppano

precocemente; imparano presto, nè occorre ripeter loro molte volte le cognizioni affinchè le ritengano; però colla stessa facilità le dimenticano, e senza fermarsi a riflettere, il loro pensiero passa da una serie ad un'altra di cose, per cui il carattere presenta poca stabilità.

Lo sviluppo scheletrico non è regolare, ma deficiente nel senso trasversale: sia che posseggano una statura proporzionale all'età ed allo sviluppo degli organi interni, sia che non si trovi per nulla adatta.

Il sistema muscolare è eziandio poco sviluppato, ma in contraccambio reagisce con insolita rapidità alle azioni riflesse ed alla influenza della volontà, per cui non di raro manca la coordinazione dei movimenti ed il necessario rapporto fra di essi e l'effetto da ottenere.

Le variazioni funzionali relative al sistema nervoso si riferiscono ad una eccessiva sensibilità dipendente da una grande conducibilità dei tronchi nervosi per le impressioni ricevute dagli organi nervosi terminali. Assai facilmente in questi bambini osserviamo che una lesione cutanea, di non sempre grande intensità, dirige i suoi effetti in modo esagerato agli organi interni, producendo flussioni e alterazioni qualitative e quantitative nelle loro secrezioni, alcune volte improvvisamente, altre volte qualche tempo dopo, ed allora hanno maggiore durata. Lo stesso si dica relativamente alle influenze atmosferiche relative alla temperatura, alla igroscopicità, allo stato elettrico, ecc.

Per gli stessi motivi il loro viso passa facilmente dal rosso alla pallidezza e vanno soggetti frequentemente a brividi di freddo, a sudori profusi, ora generali, ora localizzati, ecc.

Soffrono, per cause non sempre verificabili, pruriti alla pelle, nevralgie ora vaganti ora fisse; e, qualunque sia la malattia che li assale, predominano i fenomeni nervosi, per cui la reazione dell'organismo verso di essa è sempre energica, ma poco durevole, ed accompagnata da febbre.

Colla stessa facilità con cui ammalano, dimagrano anche per lievi indisposizioni, e la perdita dell'appetito, allorquando è la conseguenza di qualche malattia, dura molto tempo, senza che per questo avvenga un proporzionale deperimento nutritivo e funzionale dell'organismo.

La costituzione del sangue presenta eziandio nell'una e nell'altra delle due forme, delle differenze caratteristiche, per le quali anche la terapeutica segue delle indicazioni speciali.

Nella forma pastacea, la quale è considerata da alcuni autori come il vero ed esclusivo tipo della scrofola, il sangue contiene una eccessiva quantità di globuli bianchi, dipendenti in parte dall'esagerata produzione

che caratterizza la malattia, e in parte dalla mancata trasformazione di essi in corpuscoli rossi, vuoi a cagione della poco loro vitalità, vuoi per l'inerzia funzionale degli organi ai quali spetterebbe questa funzione.

La lentezza del movimento chimico molecolare rende anche difficile e stentata la trasformazione retrograda dei globuli già usati destinata ad eliminarli. Lo stesso si dica degli altri tessuti, la cui formazione è non solamente assai lenta, ma insufficiente alle funzioni che spettano agli organi che costituiscono.

Il sangue contiene eziandio una maggiore quantità di acido carbonico, di acqua e di grassi a cagione dell'inerzia cardiaca e respiratoria corrispondente a quella con cui egli viene formato.

La composizione del sangue, negli individui appartenenti alla forma eretistica, è soggetta a tutte le variazioni che vengono indotte nell'organo trasformatore dei globuli bianchi in corpuscoli rossi, dal modo col quale funziona l'apparecchio digestivo e quello assimilatore, i quali preparano senza dubbio ai tessuti degli elementi poco propri alla loro conservazione. Se dobbiamo regolarci dallo stato generale, ispezionando il quale vediamo che l'attività formativa non ha il predominio su quella disassimilativa, come si osserva nei bambini sani e robusti, cammina stentatamente di pari passo con essa, e viene oltrepassata per poco che cangi la natura e la quantità degli elementi nutritivi introdotti, o subiscano una variazione qualitativa le secrezioni degli organi digerenti dipendentemente da qualche causa inerente al sistema nervoso. A cagione della sua eccessiva eccitabilità la composizione del sangue non spiega la sua azione regolatrice di queste funzioni, ma ora le accelera, ora le sospende o rende il loro esercizio lento e stentato.

Per questi motivi i globuli bianchi sono male adatti ad essere trasformati in corpuscoli rossi, i quali non riescono costituiti fisiologicamente, epperciò funzionano male, hanno poca resistenza e vengono in breve tempo distrutti. La necessità imposta dalle leggi che regolano la vita esigendo che ve ne sia una quantità proporzionale allo sviluppo del corpo, fa sì che la continua trasformazione degli uni negli altri, nei bambini affetti dalla scrofola nervosa, si eseguisca sempre con molta rapidità e in relazione della quantità più o meno grande dei globuli rossi che cessano di funzionare e vengono allontanati dal circolo in seguito ad una adatta trasformazione. Il numero dei globuli bianchi, i quali, assorbendo del ferro si cangiano in rossi, deve essere assai grande in ogni istante. Si comprende facilmente il motivo per cui possa, per cagioni lievissime, rompersi l'equilibrio fra la produzione ed il consumo ed essere conti-

nuamente persistente l'ipoglobulia e minacciato un accrescimento della stessa.

Le indicazioni igieniche e terapeutiche sono fondate sui caratteri fisiopatologici d'ogni forma particolare di scrofola. Devesi tener conto che nella torpida vi è il rallentamento del movimento chimico molecolare, che trae con sè l'inerzia di tutte le funzioni, comprese quelle del sistema nervoso muscolare, e l'alterata crasi sanguigna.

È raro l'avere sotto gli occhi un certo numero dí questi due tipi come furono descritti; ordinariamente si presentano modificati in vari modi, secondo le condizioni più o meno igieniche dell'ambiente in cui passarono la maggior parte della loro vita: quelle della nutrizione adatta, del vestire, delle occupazioni, ecc., le quali possono tanto favorire l'invasione o peggiorare gli effetti della diatesi, qualora sia ereditaria, — o essere causa di scrofola acquisita; come talvolta impedire la completá esplicazione d'uno dei tipi descritti ed essere causa della più perfetta manifestazione del tipo opposto. La stessa cura medica, opportunamente diretta, serve allo stesso scopo; quindi possiamo avere qualche volta sotto gli occhi un ragazzo affetto da diatesi scrofolosa eretistica ben fornito di pannicolo adiposo sottocutaneo, coi muscoli bene sviluppati, ed un altro della pastacea, dimagrato e col sistema nervoso più sensibile, per aver sofferto una malattia di lunga durata, o essere stato soggetto a privazioni, ecc., o perchè la nutrizione del suo organismo fu più accurata nel senso che venne diretta ai tessuti di maggiore importanza.

Si possono considerare come casi leggieri e dipendenti da una diatesi che va estinguendosi, oppure incomincia, quelli che non si possono riferire a nessun tipo, ma ciò non ostante offrono di quando in quando le lesioni speciali della scrofola, e specialmente dopo un cangiamento d'ambiente, di nutrimento, di occupazioni, ecc., sebbene non sia avvenuto in modo contrario del tutto alle norme fisiologiche.

In questi casi i bambini vanno soggetti ora a ingorghi ghiandolari sotto-mascellari, ora cervicali subacuti, altre volte a catarri bronchiali o bronco-polmonari acuti o cronici, oppure a catarri intestinali; non di raro soffrono nevralgie, dolori articolari o muscolari, congiuntiviti catarrali, catarri nasali, ecc.; o altrimenti, senza che vi sia una lesione apparente, perdono l'appetito, accusano prostrazione di forze, patiscono insonnia, ecc.

Trattandosi di curare queste malattie, non è eccessiva l'oculatezza per parte del medico, il quale deve ricordarsi che non di raro una diatesi congenita è così bene celata dai caratteri presentati esteriormente dal

corpo che si è obbligati, per così dire, di dedurla dagli effetti presentati dall'organismo esposto a cause di minima importanza, dalla debolezza costituzionale, e così di seguito.

Si vede per questi motivi come deve essere fatta con costanza ed assiduità la cura di tali bambini, il cui organismo, dovendo essere modificato profondamente e coll'andar del tempo, abbisogna di mezzi terapeutici pronti, attivi, non superficiali e poco durevoli, ma continui, costanti e usati con rigore; prendendo di mira essenzialmente di perfezionare i sistemi organici di maggior utilità per il mantenimento della vita. Converrà mettere il ragazzo in condizioni di dover forzatamente far uso della propria volontà fino allora inerte, obbligandolo a dirigerla ad eccitare gli altri sistemi da essa dipendenti ed a vincere se stessa. In questo modo le funzioni del sistema nervoso si compiranno regolarmente; si svilupperà in modo opportuno anche il sistema muscolare, e secondariamente verrà eccitata la nutrizione, la funzione respiratoria e la cardiaca, che è quanto dire l'ematosi, la quale verrà poi anche aiutata da una alimentazione adatta.

La cura della scrofola pastacea parte da queste due indicazioni: 1° eccitare il movimento chimico molecolare assai inerte; 2° eccitare tutte le funzioni in generale ed in ispecie la respiratoria, la cardiaca ed il sistema muscolare, dalle quali riceverà una nuova vita il sistema nervoso.

I mezzi usati onde adempiere queste indicazioni non sono esclusivi ad un solo tipo di scrofola, ma servono, non di raro, a tutti e due, variandone il modo d'applicazione e la durata.

Conoscendo quale sia l'effetto che la luce esercita sui fenomeni di assimilazione negli animali, sul loro sviluppo e sul sistema nervoso, il medico deve assolutamente pretendere che i bambini affetti dalla scrofola torpida siano tenuti lungo il giorno continuamente esposti ad una grande luce e in un ambiente molto ossigenato, essendo questo gas non soltanto uno dei principali fautori chimici dell'assimilazione e della disassimilazione, ma ancora un eccitante del sistema nervoso e muscolare. Gli effetti salutari, tanto per gli uni quanto per gli altri, si ottengono conducendoli nelle regioni marittime in cui l'atmosfera si trova nella sua massima densità dimodochè contiene la maggiore quantità d'ossigeno possibile, mentre nello stesso tempo vengono respirati, con esso, i sali di mare di cui è impregnata l'aria delle suddette località. Per godere in massimo grado dei vantaggi che derivano dal soggiorno nelle regioni marittime bisogna prolungarne la dimora quanto è possibile.

Durante la buona stagione questi ragazzi prenderanno i bagni di mare. Se le loro forze, e lo sviluppo relativo all'età, lo permetteranno, si dovranno obbligare a imparare il nuoto, che è una delle forme di movimento muscolare più adatta a favorire lo sviluppo dei muscoli, — sia per la resistenza che viene incontrata per la maggior densità dell'ambiente, quanto per il maggior numero dei muscoli che vengono ad un tempo messi in azione.

Si insegneranno eziandio a questi ragazzi dei graduali esercizi ginnastici adatti all'età, e diretti specialmente a quella parte del sistema muscolare che più ne abbisogni per essere poco sviluppato.

Nei giorni piovosi o con temperatura incostante, la ginnastica si farà in una camera arieggiata e ventilata opportunamente; nei giorni di bel tempo all'aria aperta.

Si obbligheranno eziandio a fare lunghe passeggiate, in luoghi montagnosi e riparati dai troppo ardenti raggi del sole.

Il tenere questi ragazzi continuamente in campagna, abituandoli gradatamente a compiere i lavori contadineschi, in luogo di obbligarli alla vita sedentaria delle città, nelle quali la maggior passeggiata, nei mesi d'inverno, è quella che dalla casa conduce alla scuola, impedirebbe o almeno attenuerebbe gli effetti della diatesi da cui sono affetti, tanto più quando fu sempre conservata di padre in figlio per molte generazioni. Il vivere e le esigenze sociali impongono alla famiglia ed ai suoi membri, fin dai primi anni, dei doveri, sull'osservazione dei quali non si deve transigere, per diventar buoni cittadini, ma non sempre consentanei allo stato di sanità e di robustezza. Questa, non di raro, è compromessa dall'emulazione allo studio che nasce fra i compagni d'una stessa classe, dal desiderio di prevalere sugli altri, inconsideratamente eccitato dal maestro, il quale non conosce come questi sforzi, che possiamo chiamare straordinari, indeboliscono le loro funzioni, illanguidiscono il sistema nervoso che col tempo mancherà a se stesso. Il ragazzo non capace di resistere alle prime prove, sarà eziandio deficiente nelle consecutive, e nell'uomo fatto si vedrà un malaticcio senza forze e incapace di mettere in esecuzione quello che con tanta fatica gli insegnarono i maestri.

Nè minore attenzione si deve rivolgere al vitto di questi bambini, imperocchè con esso non bisogna soltanto riparare la perdita prodotta dalle nuove fatiche alle quali sono obbligati, ma eccitare lo sviluppo di certi organi importanti, il quale dal modo di funzionare sembrò fino allora o sospeso, o svolto lentamente, ed anche per ottenere delle speciali modificazioni nella composizione del sangue e dei tessuti.

Si abbandoneranno del tutto, almeno in principio, gli amilacei, i grassi, le sostanze zuccherine, le frutta, gli acidi, ecc., per somministrare invece gli albuminoidi, e, secondo il grado di ricostituzione richiesto dall'organismo e la facoltà digestiva del ventricolo, si sceglieranno le ova, il formaggio, il latte e la carne nei suoi vari modi di preparazione e nelle sue varie qualità. Anche quando si potrà permettere di ripigliare l'uso degli amilacei se ne dovrà sempre moderare la quantità, per la tendenza alla pinguedine che questi ragazzi conservano per molto tempo e talvolta per tutta la vita.

La cura della scrofola, affinchè sia proficua, va continuata per molti anni di seguito ed anche nel tempo in cui non vi è la stagione adatta per prendere i bagni di mare. Siccome non tutte le famiglie sono in grado di mandare i loro ammalati nelle località marittime, e, mandandoli, di tenerveli lungo tempo, il medico dovrà provvedere affinchè la malattia sia curata egualmente nel modo possibilmente più adatto e vantaggioso.

Si prescriveranno allora i bagni in casa ora coi sali marini naturali, ora cogli artificiali, ora col cloruro di sodio.

Se ne faranno sciogliere da cento a trecento grammi, del sale scelto, nell'acqua della vasca, alla temperatura di circa 30° C.

I bagni dovranno farsi per molti mesi di seguito, e durare almeno una mezz'ora.

Sono anche indicati, vantaggiosi, e raccomandati da distintissimi pratici, i bagni iodurati e iodati e quelli aromatici.

Nell'Ospizio dell'infanzia abbandonata usiamo, per i ragazzi affetti da scrofola pastacea, i bagni dell'acqua salsoiodica di Rivanazzano, della quale versiamo in una piccola vasca da ragazzo dai sei ai dieci litri, dopo avervi messo dell'acqua comune alla temperatura conveniente.

Osservando come l'assorbimento della pelle per i preparati iodici sia molto rapido, poichè compaiono nelle orine poco tempo dopo, si potrebbe dubitare se, in questo piccolissimo tempo del loro passaggio attraverso l'organismo, esercitino il loro effetto, quando l'osservazione clinica non ce lo dimostrasse. Nei casi gravi si può unire a questa cura quella del ioduro di potassio, a dose piccolissima, affinchè il dimagramento non si faccia troppo presto, o eccessivo, ad onta della cura ricostituente fatta cogli albuminoidi.

In quanto al ioduro di ferro lo reputo utilissimo in tutti i periodi della scrofola pastacea, imperocchè riunisce i due effetti del preparato di ferro e del preparato di iodio molto assimilabile. Come preparato di ferro eccita le formazione dei globuli rossi ed è parte integrante di essi senza la quale

non adempiono alla loro funzione. Come preparato di iodio favorisce la trasformazione di quelli già usati ed inservibili, e l'eliminazione dei prodotti e delle metamorfosi retrograde del sangue e dei tessuti.

Questo rimedio si può anche prescrivere, esagerandone la dose, se occorre e se non ne deriva peso al ventricolo, nei casi gravi accompagnati da ingorghi ghiandolari lenti, osteiti, periostiti, ecc., o da imponente polisarcia adiposa. In questi casi, mentre agisce come risolvente ed eccitante del ricambio molecolare, si oppone all'anemia che accompagna quasi sempre questi stati morbosi.

Il ioduro di ferro si può somministrare in pillole, o meglio in sciroppo trattandosi di bambini.

Se l'ammalato non offrisse i segni dell'anemia si può sostituire col ioduro di potassio. Per i motivi detti di sopra preferiamo sempre far uso delle applicazioni locali di tintura alcoolica di iodio, o pomata di ioduro di potassio iodata, e dell'uso interno del ioduro ferroso.

Questi ragazzi non vanno mandati alla scuola fintantochè le occupazioni ed i lavori richiesti da essa siano assolutamente compatibili e tollerabili dall'organismo. Si mandino però nei Giardini d'infanzia dove siano obbligati quasi continuamente a far la ricreazione e piccoli esercizi ginnastici.

La cura dei ragazzi affetti dalla scrofola nervosa richiede delle indicazioni diverse, di cui le principali sono le seguenti:

1° Moderare il disordinato movimento chimico molecolare; 2° Diminuire l'eretismo nervoso; 3° Moderare l'eccessiva sensibilità della loro pelle.

Siccome il loro corpo è magro e sottile e tende a dimagrare di più, per poco che siano indisposti; così bisogna prescrivere una adatta alimentazione la quale attiri, per così dire, verso di sè l'ossigeno introdotto onde risparmiare i tessuti proprii dell'organismo già troppo disposti ad essere distrutti, per la poca loro compattezza e resistenza, dalla eccessiva ossidazione che si fa in questi ragazzi. Si sottoporranno ad una dieta bensì albuminoide, ma mista di farinacei, di olii, grassi e burro, di vino leggiero; così si farà in modo che una maggior quantità di grassi si depositi sulla pelle e nel connettivo sottoposto. Essendo predisposti a reumatismi, nevralgie, ed a flussioni agli organi interni, anche per piccole cause, a cagione della grande sensibilità della loro pelle, si abitueranno a portare tutto l'anno la flanella sulla pelle nuda. Gioveranno inoltre i bagni, così detti, di sabbia e di sole dopo di essere stati immersi, solo per pochi minuti, nell'acqua di mare. Come modificatore della loro nutri-

zione generale sarà utilissima l'aria di montagna, che per essere più rarefatta contiene meno ossigeno e quindi si oppone all'eccessiva ossidazione, favorendo invece il movimento nutritivo. Alcune di queste località essendo variabili, per quello che riguarda la siccità, l'umidità, lo stato elettrico, la temperatura, le correnti aeree, ecc., le quali possono variare frequentemente di direzione secondo la posizione del sole e l'elevazione dei luoghi, converrà sceglierle accuratamente prima di mandarvi i bambini. Se non si può fare diversamente, si tengano almeno riparati, durante i violenti cangiamenti atmosferici, in locali ampii, spaziosi e molto aerati, nei quali possano saltare, giuocare, far ginnastica a loro agio come se fossero di fuori.

La cura idroterapica è utile tanto per eccitare la nutrizione della pelle e diminuirne la sensibilità esagerata, quanto per aumentare la tonicità del sistema nervoso. In questi ammalati va usata con prudenza, potendo derivare da essa delle congestioni sanguigne sugli organi interni, le quali potrebbero dirigersi ai polmoni ed al cervello.

Non si passi quindi subito alle spugnature fredde, alle doccie, ecc., ma si abitui gradatamente il ragazzo, mettendolo dapprima in bagni la cui temperatura sia di pochi gradi inferiore a quella del loro corpo. Dopo qualche giorno si abbassi gradualmente di quattro o cinque gradi, agitando l'acqua del bagno e facendo compiere varii movimenti al bagnante. L'abbassamento di temperatura le prime volte deve farsi lentamente ed in seguito in modo più rapido.

Così facendo si potranno fare le altre operazioni dopo alcuni giorni, avvertendo che la loro durata non deve essere maggiore di cinque minuti le prime volte. Si usino moltissime precauzioni prima di protrarne la loro durata.

Il massaggio si può fare tanto dopo il bagno ordinario, o l'operazione idroterapica, quanto isolatamente. Si esercita sempre colle mani, ora inumidite d'acqua, ora unte d'olio o d'altro grasso, ora asciutte. Serve moltissimo ad eccitare la nutrizione della pelle ed a calmarne la eccessiva sensibilità.

Tanto dopo il massaggio, quanto dopo le operazioni idroterapiche, si obblighino i ragazzi a far la reazione con passeggiate, piccoli esercizi di ginnastica, ecc.

Qualunque esercizio muscolare, compreso il nuoto, è utile nella scrofola nervosa, purchè non sia spinto fino all'esaurimento di forze. Perseverando si sviluppano maggiormente i muscoli, per cui ne è aumentata la tonicità; si abitua la volontà a regolarli secondo la forza che devono

spiegare, e per il movimento che debbono compiere, secondo il bisogno. Nulla calma di più il sistema nervoso quanto la stanchezza muscolare, non esagerata.

I rimedi da prescrivere ai ragazzi affetti dalla scrofola eretistica sono: l'olio di merluzzo, l'emulsione Scott, il fosfato di calce, il ferro, gli arsenicali.

Osservo come in questa forma di scrofola è qualche volta male tollerato il ferro, che produce dei fenomeni d'eccitazione nervosa, la quale, salvo la temperatura che si conserva normale, può sembrare febbrile. Per questo motivo bisogna andar guardinghi nell'usarlo; cominciare dalle dosi minime e ripeterle di raro; meglio ancora prescrivere le acque minerali che lo contengono in piccola quantità.

Per i motivi suddetti si schivi il ioduro ferroso, anche per non accelerare il ricambio chimico molecolare, che sarebbe fuori di luogo.

L'anemia degli scrofolosi eretistici, dipendente, come si è detto, dall'eccessivo consumo e distruzione dei globuli rossi a cagione della loro poca resistenza, si cura coi ferruginosi e anche cogli arsenicali. Coi primi, unitamente agli alimenti azotati senza i quali non si cura l'anemia, si ecciterà una abbondante formazione di globuli rossi, i quali diventeranno, con tali elementi, ben costituiti ed atti alla loro funzione. Cogli arsenicali si aumenterà la loro resistenza; quindi in un modo e nell'altro resta prolungata la loro vitalità.

La cura degli scrofolosi, che tengono tanto dell'uno quanto dell'altro tipo, è qualche volta difficile, anche per un medico sperimentato. Si può avere sotto gli occhi un ragazzo affetto da scrofola nervosa, ma sufficientemente nutrito e provvisto di pannicolo adiposo sottocutaneo e con ventre tumido, ecc., da parere affetto dall'altra forma. Viceversa, scrofolosi pastacei dimagriti, possono sembrare eretistici. Questi vanno curati secondo le varie condizioni del loro organismo, ora coll'olio di merluzzo, ora coi bagni di mare, ora col ioduro di potassio, ora cogli arsenicali, combinando anche i due sistemi di cura di cui si somministrerebbero i rimedi, non nello stesso tempo, ma in varie epoche del giorno. Cerchi inoltre il medico quali furono i rimedi già presi e quali abbiano fatto il migliore effetto, onde continuarli e ripeterli occorrendo.

Questa è la cura medica che nell'Ospizio dell'infanzia abbandonata facciamo ai bambini scrofolosi, con variazioni di poca importanza relative alle condizioni particolari dello stabilimento. In luogo del ioduro di potassio somministriamo l'acqua salsoiodica di Sales; in luogo del fosfato di calce la polvere zootrofica del Polli, l'emulsione Scott e l'olio di mer-

luzzo; fra i ferruginosi da prescriversi agli individui eretistici scegliamo il carbonato di ferro saccarato effervescente.

La cura chirurgica la facciamo nel seguente modo:

Gli ascessi acuti dipendenti da adeniti, flemmoni del connettivo sottocutaneo, da risipole, ecc., sono aperti appena è distinta la fluttuazione e vuotati. Ciò fatto iniettiamo nella cavità abbandonata dal pus, una soluzione di sublimato corrosivo alla dose dell'uno per mille. L'iniezione si fa una o due volte al giorno ed è sempre seguita dalla medicazione antisettica.

Ordinariamente la suppurazione diminuisce dopo la prima iniezione, e la guarigione è ottenuta quasi sempre in pochi giorni.

Questo non ci succedeva quando trattavamo detti ascessi col metodo antico. Ripetendo l'iniezione alla sera non occorre nemmeno usare sempre i tubetti di drenaggio negli ascessi profondi.

Gli ascessi lenti da osteiti, periostiti, da congestione, da adeniti lente sono aperti solo quando la loro cavità è completamente piena di pus. Per alcuni giorni di seguito vi si fanno delle iniezioni di sublimato corrosivo alla dose sopra indicata. Appena diminuita la cavità dell'ascesso in modo rilevante, o ridotto ad una semplice ulcerazione, o ad un seno fistoloso, ci regoliamo nella medicazione secondo i sintomi presentati e l'effetto da ottenere. Così usiamo ora l'acido borico, il salicilico, il iodoformio, ora il nitrato d'argento o l'acido fenico in soluzione acquosa più o meno concentrata secondochè si tratta di eccitare la formazione di granulazioni in una ulcerazione inerte, o di distrurre quelle lussureggianti, di disinfettarle, ecc.

Le piaghe così medicate sono coperte da garza preparata coll'acido borico, o col fenico, o col sublimato corrosivo, e da cotone antisettico, tenute a posto l'una e l'altro con bende, pure di garza, preparate nello stesso modo.

Giunta la buona stagione mandiamo ai bagni di mare i ragazzi scrofolosi aventi ascessi cronici dipendenti da adeniti, osteiti, periostiti, artrocaci, ecc. Ritornano notevolmente migliorati, se non tutti guariti dopo i soli venti giorni di cura.

Della cura della Sifilide nei bambini. — Spero far cosa grata ai miei lettori, non parlando delle varie opinioni relative a questo argomento, nè della necessità d'una cura fatta innanzi che appariscano le prime manifestazioni, ma mettendo immediatamente sotto i loro occhi quello che da molti anni facciamo per questi piccoli ammalati nell'Ospizio dell'infanzia abbandonata di Torino.

In generale non facciamo alcuna cura specifica ai bambini affetti congenitamente da questa diatesi, fintantochè nonappariscano i primi sintomi caratteristici, e ci limitiamo a sottoporli all'allattamento artificiale.

Qualche volta si potè farli allattare dalla loro madre assoggettata alla cura, e pare che questo ritardi talvolta la manifestazione delle lesioni sifilitiche, di cui già facemmo parola, le renda meno intense e ne accorci la durata. Il rimedio che usiamo ordinariamente, per la madre, non è il mercurio, bensì il ioduro di potassio a dosi piccolissime, onde non eserciti alcuna influenza sulla funzione delle mammelle. Si ottiene la guarigione dei sintomi secondarii offerti dal bambino dopo una cura assai lunga.

Siamo contrarii al trattamento coi mercuriali nei primi giorni. Coi medesimi non vengono escluse le prime manifestazioni; e inoltre il bambino potrebbe non essere infetto ed anche non essere conveniente l'introdurre senza gravi motivi nell'organismo infantile una sostanza così displastica come questi rimedi, i cui effetti durano molto tempo. Nei bambini robusti e ben nutriti si palesano rendendo la loro costituzione anemica e polisarcica, conducendo gli altri ad un precoce marasmo; mantenendo in tutti assai depresso il sistema nervoso e poco attivo il sistema muscolare. Oltre di questo li predispongono al catarro intestinale, che riesce difficile stabilire se dipenda dalla natura del rimedio usato piuttostochè dalla dimenticanza di qualche riguardo nel praticare l'allattamento artificiale, o dal non essere gli umori digestivi composti normalmente.

La cura che da lungo tempo siamo soliti a fare, senza escludere le altre, è quella delle frizioni con unguento mercuriale, appena le manifestazioni sono caratteristiche. Si eseguiscono sulle natiche, lungo le coscie, sulle regioni crurali, sul ventre, sotto le ascelle; cangiando di quando in quando la località. Il tempo di questa cura lo regoliamo esclusivamente su quello impiegato alla scomparsa delle lesioni specifiche.

Usando questo rimedio, nei bambini, non c'è da temere per la stomatite, perchè non si osserva mai nei primissimi anni di vita; nei ragazzi basta sospendere la somministrazione del rimedio perchè guariscano senz'altro.

Siccome non è questo il solo pericolo al quale vada esposto il bambino, durante la cura, si dovrà sospenderla tutte le volte che si avrà qualche ragione per sospettare che sia causa di malattie speciali, come sarebbe, a cagion d'esempio, una diarrea.

Abbiamo usato qualche volta i bagni locali di sublimato corrosivo,

alla dose di uno per mille grammi di acqua distillata. Questi modificano rapidamente le lesioni cutanee. Si possono anche fare mediante il liquore di Van Swieten, il quale per ogni litro contiene un po' meno d'un gramma di sublimato.

La cura interna della sifilide costituzionale la facciamo col sciroppo di Gybert, il quale contiene del ioduro di mercurio e del ioduro di potassio. Un cucchiaio grande da tavola riempito di questo sciroppo contiene circa cinquanta centigrammi del secondo e un centigramma del primo — il cucchiaino comune da caffè, contenendone il terzo presso a poco, si può, diluendo opportunamente il rimedio, graduarne la dose a piacimento e secondo l'età. Questa va fatta con tanta più diligenza trattandosi di neonati o di bambini di pochi anni, inquantochè produce facilmente la diarrea e dolori intestinali se la si oltrepassa in modo assoluto o relativamente alla tolleranza individuale.

In quanto al modo di stabilire con precisione la dose si può prendere per punto di partenza il minimo di quella che andrebbe somministrata all'età di sette anni, in due o tre volte lungo il giorno, di dieci centigrammi per il ioduro di potassio, e di due milligrammi per quello di idrargirio. Siccome ogni cucchiaino ordinario da caffè, empito di sciroppo, contiene circa sedici centigrammi dell'uno e tre milligrammi dell'altro, ne viene per conseguenza che diluendo quattro parti del sciroppo di Gybert con due d'acqua, abbiamo presso a poco la quantità desiderata nei due cucchiaini che se ne prescrivono per il mattino e la sera.

Trattandosi di neonati che tollerano dosi molto grandi relativamente alla loro età di preparati mercuriali e di ioduro di potassio, credo non far cosa contraria all'opinione generale dei miei colleghi, consigliando loro di cominciare dal minimo della dose, anche per sperimentare la tolleranza individuale, per salire poi fino al massimo. Per cui si farà sciogliere una parte di rimedio in cinque parti di acqua e se ne somministreranno due cucchiaini al giorno. A due anni si diminuirà di un decimo la quantità dell'acqua e così di seguito.

P. Sciroppo del Gybert . . grammi venti o trenta
Acqua distillata . . . » cento
(Due cucchiaini al giorno)
} per i lattanti.

P. Sciroppo del Gybert . . . . grammi trenta
Acqua distillata . . . . . » »
(Due cucchiaini al giorno)
} a sette anni.

Abbiamo curato dei bambini sifilitici colle iniezioni di albuminato di mercurio; in venticinque giorni abbiamo osservato la scomparsa delle

loro manifestazioni cutanee. Se ne faceva una ogni due o tre giorni, ora in una natica ora in una coscia. Di raro ebbimo occasione di osservare degli ascessi consecutivi a queste operazioni o all'azione irritante del rimedio.

La prescrizione era fatta in questo modo:

P. Sublimato corrosivo . . . . centigr. cinque
Acqua albuminosa . . . . . grammi cento
(Uso esterno).

Siccome ad ogni centigramma di sublimato ne corrispondono venti del solvente, e le siringhette comuni del commercio contengono circa un grammo, venivano iniettati due milligrammi del rimedio attivo.

Occorre ricordare che il cannello della siringhetta va ben pulito con olio dopo l'operazione, facendone scorrere nella sua cavità, otturandola poi con molta cura con un filo non ossidabile.

Questo essendo preparato poco stabile e lasciando depositare dell'albume d'uova, il quale finisce poi per separarsi dalla soluzione acquosa, bisogna rinnovare frequentemente la preparazione, oppure, e meglio, far sciogliere direttamente senz'altro il sublimato corrosivo nell'acqua distillata coll'aggiunta di una piccola dose di bicarbonato di soda:

P. Sublimato corrosivo . . . . centigr. cinque
Acqua distillata . . . . . . grammi cento
Bicarbonato di soda . . . . . q. b.
(Uso esterno).

La cura antisifilitica richiede che il bambino sia posto nelle più buone condizioni relativamente all'igiene; quindi, oltre alla sorveglianza continua dell'allattamento artifiziale, per parte del medico, va protetto contro le influenze atmosferiche continuamente varianti. Nello stesso tempo va tenuto in luoghi molto aerati, salubri e ben esposti alla luce.

Della cura dell'Anemia dei bambini. — La cura dell'anemia va sempre adattata al caso pratico, perchè dipende dalla forma sotto la quale si presenta, cioè secondochè è essenziale, unita alla denutrizione, o è consecutiva ad altra malattia.

Quella dipendente da emorragia va curata più o meno premurosamente secondo la quantità di sangue che fu sottratta e l'effetto che dalla conoscenza che si ha degli antecedenti del bambino, relativi al suo stato ordinario di salute, alla sua robustezza ed alla diatesi congenita, si può fino ad un certo punto prevedere che possa esercitare sulle condizioni generali dell'organismo.

Queste cure si debbono, occorrendo, estendere fino al punto di prevedere ovvero di prevenire un'altra emorragia ogni qualvolta che per la costituzione gracile dell'organismo, per la anormale composizione del sangue si può sospettare che ciò possa accadere. In questi casi si obbligherà il ragazzo di stare a letto in un'atmosfera fresca, lungi dai rumori e dalle eccitazioni di qualunque sorta. La dieta, se non si tratta di lattanti, non sarà d'astinenza, ma tenue e non eccitante, più fredda che calda per non eccitare flussioni, oltre alle altre prescrizioni relative alla posizione speciale del corpo da tenere dopo certe emorragie.

Se il bambino è robusto, sano, non affetto da alcuna manifestazione diatesica, sopporterà senza sofferenze una perdita di sangue anche abbastanza profusa e allarmante. Dopo una leggiera prostrazione di forze e una difficoltà di digestione della durata di qualche giorno sarà completamente rimesso.

È assai difficile, per non dire impossibile, che senza l'intervento d'una causa traumatica, avvenga in un bambino robusto un'emorragia così abbondante che metta in pericolo la sua vita; questo succede esclusivamente nei bambini gracili, deboli, malaticci, convalescenti di lunghe ed esaurienti malattie, poco sviluppati, ecc.

In questi le conseguenze possono farsi così gravi da ridurre l'organismo in uno stato molto analogo a quello dell'algidità, per poco che vengano peggiorate, anche leggiermente, le condizioni attuali dell'infermo.

Le loro forze sono molto oppresse; il movimento chimico molecolare è notevolmente rallentato, per cui vi è un proporzionale abbassamento di temperatura.

Il sistema nervoso muscolare giace inerte e non risponde, o debolmente, agli eccitanti normali; l'evoluzione cardiaca ora è lenta e ben distinta, quantunque i due toni siano un po' oscuri; ora è rapida in modo che l'orecchio non può distinguerli l'uno dall'altro. La morte avviene per la crescente adinamia, e talvolta è annunziata da leggiere scosse convulsive.

La circolazione periferica di questi ragazzi va eccitata col massaggio, coll'applicazione di bottiglie di acqua calda attorno alle estremità, coi bagni caldi, con cataplasmi senapati, ben caldi, posti sul petto e sulle estremità. In questo modo si ecciterà eziandio l'azione riflessa del sistema nervoso, se è ancora in condizione di funzionare, sul cuore e sulla respirazione.

Nello stesso tempo si procurerà far inghiottire all'ammalato qualche cucchiaino d'un infuso aromatico ben caldo, anche per eccitare i movimenti

della deglutizione, coll'aggiunta da farsi, volta per volta, d'una o due goccie di elisir anodino Hofman, di etere acetico o solforico, di tintura di muschio tonquinese. In mancanza di altri rimedi, di alcool, di rhum, di vino di Marsala, ecc.

L'infuso aromatico può essere sostituito da brodo ben caldo e da vino caldo, ai quali si possono fare le suddette aggiunte come crederà opportuno il medico.

Se l'ammalato inghiottisce bisogna subito approfittarne per somministrargli dei brodi ben concentrati. Si preparano facendo bollire la carne magra tagliata a pezzi, non essendo il ventricolo, per qualche tempo, capace di digerire di più. Si passerà gradatamente ai pantriti, alle rossumate, alla carne cruda e magra sospesa nel brodo, al latte, ecc. Allora si potrà ricorrere alla somministrazione del ferro, purchè non vi sia catarro gastrico. Dei suoi preparati si sceglieranno di preferenza quelli eccitanti e fra di questi la tintura di ferro, pomata, della quale ad ogni pasto se ne somministrano, diluite nell'acqua, da dieci a venti goccie; oppure la tintura eterea, alla dose di cinque a dieci goccie per ogni volta; quando non si preferisca far sciogliere un gramma di citrato di ferro in trecento grammi di vino bianco o anche di vino rosso, il quale non contenga del tannino. Questo si potrebbe però anche precipitare con un eccesso del suddetto sale e allora, prima di fare uso del rimedio, converrebbe filtrarlo.

L'anemia dei lattanti, se dipende dall'allattamento artifiziale, da un latte non adatto per la sua età, o per quello della nutrice, o per la sua indebolita costituzione, si può curare somministrando direttamente il ferro unitamente al fosfato di calce o cangiando la nutrice, o migliorando la sua nutrizione, alla quale si possono prescrivere questi rimedi, perchè il bambino li riceva già assimilati.

Se l'anemia dipende da malattie febbrili, acute o croniche, guarisce durante la convalescenza, purchè si faccia con molta diligenza la cura ricostituente. Verrà curata soltanto in modo speciale se la riparazione dei tessuti non sarà accompagnata da quella dei globuli sanguigni.

Di altre osservazioni relative ai ferruginosi dirò in un apposito paragrafo.

Della cura della Porpora emorragica. — Dalle cause che la producono derivano direttamente le indicazioni da seguire per la cura di questa malattia.

Prima di tutto sono indicati gli alimenti plastici, coi quali, sia per il ferro, sia per i fosfati che contengono oltre agli albuminoidi, si tenta di ripristinare la alterata composizione chimica del sangue e di aumentare la

vitalità dei tessuti e la loro resistenza. È certo che questa alimentazione va adattata al modo di funzionare del tubo gastroenterico dell'ammalato e allo stato generale. Mentre ad un bambino affetto da catarro intestinale cronico si somministreranno delle piccole ma continuate e frequenti quantità di latte, un altro affetto da una malattia acuta febbrile si alimenterà collo stesso latte adacquato e con brodi concentrati, altri si alimenteranno con ova, carne, zuppa al latte o al brodo, ecc.

Con poche variazioni i mezzi che la terapeutica cerca di mettere in azione presso questi bambini, come facilmente si vede, sono del tutto eguali a quelli indicati dalle emorragie interne e dall'anemia che ora ne è la conseguenza, ora la precede unitamente alla denutrizione del corpo.

Mentre vanno formandosi le macchie cutanee della porpora o delle emorragie agli organi interni, sono indicate delle limonate vegetali o minerali, adatte nella dose all'età del piccolo ammalato. Non bastando questi rimedi si può ricorrere al tannino, molto vantaggioso, in quanto che cura anche le emorragie di regioni lontane, e non solo le locali.

La prescrizione si farebbe in questo modo:

P. Tannino . . . . grammi mezzo o uno
Acqua calda edulcorata da » cento a centocinquanta
(Un cucchiaino ogni due ore).

Al tannino si può sostituire il percloruro di ferro, ma è di più dubbia efficacia.

Trattandosi di emorragie lontane si prescriverebbe in questo modo:

P. Percloruro di ferro liquido goccie quindici o venti
Acqua edulcorata. . . grammi centocinquanta o duecento
(Un cucchiaino ogni tre ore).

Essendo febbrile la porpora emorragica è indicato il chinino o il salicilato di soda. Se si somministra il primo, converrà continuare ad usare le limonate, non il tannino che lo renderebbe insolubile, e nemmeno il percloruro di ferro che si scomporrebbe. Prescrivendo invece il salicilato di soda, non occorrono tanti riguardi potendo prescriversi tanto col tannino quanto colle limonate vegetali o minerali. D'altronde si possono somministrare gli astringenti di giorno ed i febbrifughi la notte, o per clistere o iniezione ipodermica.

La stessa cura si farà se apparisse nel decorso di malattie acute febbrili in cui si baderà eziandio, per quanto lo comporterà lo stato del ventricolo, alla nutrizione del bambino.

La porpora emorragica, la quale apparisce sul decorso o verso il finire delle malattie croniche, va curata nello stesso modo.

Le emorragie intestinali si cureranno cogli stessi rimedi, colle applicazioni fredde sull'addome, mai per mezzo di clisteri coi quali non si può spingere sufficientemente in alto il rimedio, onde venga in contatto colla superficie che dà sangue.

Le rinorragie vanno curate coi precetti dati nell'apposito paragrafo. Le stomatorragie si moderano con pezzetti di ghiaccio, collutorii astringenti di tannino o percloruro di ferro alla stessa dose già detta, o con un decotto concentrato di salvia, ecc.

CAPITOLO XXI.

Delle malattie più comuni della pelle — Dell'Eritema — Dell'Exema — Del Pemfigo — Del Lichene — Della Prurigine — Della Seborrea — Dell'Impetigine — Dell'Orticaria — Dell'Erpete — Della loro cura.

Dell'Eritema. — Questa malattia può invadere tutte le regioni della pelle; ma sono quasi sempre preferite quelle che si continuano, oppure confinano con una apertura naturale, sia che una lesione anche superficiale si propaghi alle parti esterne dalle interne per la contiguità dei tessuti, sia che queste vengano bagnate continuamente o frequentemente dagli umori, non sempre irritanti, che ne escono.

L'effetto prodotto da queste cause si fa poi sentire con maggiore efficacia se è alterata la composizione chimica dei suddetti, se l'indumento cutaneo vicino è delicato e poco nutrito, se sono rare le lavature e infine se la consueta pulizia viene compiuta per mezzo di fregamenti ruvidi e grossolani.

Di raro l'eritema sta limitato alle regioni dove comparve primitivamente, ma di solito da queste si propaga alle vicine ed alle altre più o meno lontane finchè una grande estensione dei tegumenti viene invasa, tanto più se le parti sono declivi, o mantenute continuamente fredde e umide, oppure se la lentezza circolatoria congenita o acquisita predispone naturalmente a congestioni passive, a stasi, ecc. In questi casi possono anche prodursi delle esfogliazioni d'epidermide, delle escoriazioni, e queste non venendo opportunamente curate trasformarsi in ulcerazioni, le quali, per la deficiente nutrizione generale, talvolta si approfondano fino alle ossa distruggendo i tessuti frapposti fra questi e la pelle. In questa condizione apparisce come disseccata al disopra delle medesime, e tale si mantiene in alcuni casi nei quali l'eritema o spontaneamente o dietro le cure opportune è già risolto.

L'eritema comune ai bambini non affetti da catarro enterico, ma robusti e ben portanti, è quello osservato nella profondità delle pieghe cutanee del collo, delle coscie, del mento, ecc.

Viene in seguito quello delle natiche, il quale può avvenire eziandio nei bambini robusti quanto nei gracili, se sono lavati di raro e lasciati

molte ore di seguito bagnati d'orina ed imbrattati di materie fecali; ed in quelli affetti da enterocolite nella quale entra in azione una causa importante che è l'acidità del contenuto intestinale.

Il primo consiglio da dare alle madri è di lavare frequentemente tutte le regioni del corpo dei loro pargoletti; staccare lo sporco coll'acqua e non coi fregamenti ruvidi; asciugare poscia con panni soffici, esercitando piccole e delicate pressioni.

La malattia si cura con rimedi diversi secondo la forma presentata ed i sintomi predominanti.

Se la pelle è semplicemente congestionata, in una superficie estesa o in piccole aree circolari od elittiche, separate da pelle sana, basterà applicare su di esse delle polveri involgenti, essiccanti, ecc., come è quella di amido, o in sua vece delle spore di licopodio, dell'ossido o del carbonato di zinco, la magnesia calcinata, la polvere impalpabile d'Ireos o di talco. Questi rimedi serviranno eziandio a curare le erosioni dell'epidermide prodotte sulla superficie libera e nella profondità dei solchi cutanei, se è minima la quantità di siero trasudato. Se questa fosse eccessiva, vanno prescritte le lavature con una soluzione di acido borico al tre per cento, dopo la quale si applicheranno i rimedi astringenti mescolati colle polveri anzidette, oppure colla vaselina borica, coprendo poi le parti medicate con fogli di guttaperca.

Si potrà così incorporare il tannino colle spore di licopodio o coll'amido; questo al solfato di ferro, all'allume di rocca ed al solfato di zinco. I primi due alla dose di due grammi per dieci o venti della polvere essiccante; gli altri ad una metà della dose.

Le superficie cutanee escoriate si manterranno cosparse di queste polveri sino alla completa guarigione.

Se oltre all'essere escoriata l'epidermide fosse congestionato il derma, o in superficie ristrette e a guisa di papule, o molto estese ed anche dolorose, si farà uso di cataplasmi emollienti di farina di riso, di linseme, di bagni di decotto d'amido, di riso, di lino, ecc.

Appena la turgescenza del derma sarà diminuita e con essa i dolori, si useranno di nuovo le polveri aspersorie oppure gli astringenti in forma liquida.

Tannino . . . . grammi uno
Glicerina . . . . » cento
(Uso esterno).

Si terranno continuamente, sulle parti ammalate, delle pezzuole inumidite con questa soluzione.

In luogo della glicerina si può usare il glicerolato d'amido o la vaselina borica alla stessa dose. Dopo aver unto la parte infiammata colle suddette sostanze, la si copre con cotone ovattato o con un foglio di guttaperca.

Vi è una varietà di eritema dei bambini costituito da sporgenze a guisa di papule circolari aventi una erosione d'epidermide pure circolare sulla superficie sollevata, che qualche volta può approfondarsi in modo da produrre una leggiera ulcerazione.

Queste papule ulcerate, le quali talvolta sono larghe quanto una lenticchia, se avvengono nei primi mesi di vita del bambino e occupano le natiche, le coscie, i genitali, ecc., ad un esame superficiale, possono scambiarsi per tubercoli mucosi, tanto più che la loro base è anche leggiermente indurita. L'errore di diagnosi viene dissipato immediatamente osservando come le papule eritematose si trovino di preferenza nelle profondità dei solchi cutanei, mentre i tubercoli mucosi si osservano invece sui punti sporgenti delle pieghe o in vicinanza delle solcature, senza addentrarsi; non essendo quelli accompagnati da ingorgo inguinocrurale cronico, scomparirà ogni dubbio ed ogni errore diagnostico.

Le ulcerazioni dei malleoli e dei calcagni, finchè sono poco profonde, si curano coi mezzi già indicati. Se il loro aspetto diventa icoroso, o se le granulazioni tardano a prodursi, si applicherà su di esse il iodoformio, l'acido salicilico, l'acido borico, lavandole però frequentemente col sublimato corrosivo. Se le granulazioni invece fossero lussureggianti si cauterizzano col nitrato d'argento in sostanza; dopo queste medicazioni si copre tutta la parte ammalata con cotone fenicato o all'acido borico. Se il distacco della pelle prodotto dal fagadenismo dell'ulcerazione fosse considerevole, si facciano delle iniezioni disinfettanti con acido fenico alla dose del tre per cento, o d'una soluzione di sublimato corrosivo alla dose dell'uno per mille.

La risipola che talvolta cagionano, la quale è prodotta dall'assorbimento delle sostanze infettive elaborate nell'ulcerazione, e che insorge ora presso il focolaio d'infezione, ora in regioni più o meno lontane, si cura coi mezzi detti nel paragrafo apposito, cioè coi chinoidei; si copre poscia la parte affetta con collodio ricinato o con cotone fenicato, oppure cogli emollienti se è molto dolorosa, ecc.

L'eritema alcune volte non dipende solo da enterocolite, ma ancora da cattiva nutrizione. Si osservi in tal caso se il bambino dimagrisce e si indaghi se il latte della nutrice è scarso o inadatto relativamente all'età di questa e di quello, o per essere mestruata, incinta, ecc., nonchè al modo con cui essa si nutre, affine di provvedervi.

Questi riguardi relativi alla nutrizione del bambino e della nutrice sono eziandio da osservarsi in tutte le altre malattie della pelle di cui si dirà più avanti. Nella loro cura basta talvolta mettere l'ammalato nelle migliori condizioni igieniche perchè il rimedio più semplice possa produrre molto effetto, affrettando oltre le speranze la guarigione.

Dell'Exema. — Questa dermatosi esordisce ordinariamente con piccole vesciche, le quali ora sono sparse in numero assai limitato su di una estesa superficie cutanea sana, — ora in grandissimo numero, e spesso avvicinate in modo da confluire, occupano una superficie più o meno estesa della pelle. Questa allora si mostra alcune volte arrossata e tumefatta. Il contenuto delle vescicole ordinariamente è sieroso e trasparente, ma quando avviene la confluenza o l'allargamento di ognuna di esse si fa sempre torbido, giallastro e denso per la presenza di globuli purulenti. Il liquido contenuto nelle vescichette, reso libero dalla rottura delle loro pareti, si sparge sulla superficie cutanea circonvicina coagulandosi e forma ora uno strato sottilissimo, liscio, lucido sulla medesima che tiene ad essa aderenti le scaglie d'epidermide superstiti dello stato patologico primitivo; ora delle croste giallastre molto aderenti; ora delle larghissime squame simili a cartapecora di color giallo e molto dure, le quali stanno applicate coi loro bordi sollevati su di un fondo rosso oscuro dal quale a larghi brani si distaccano.

Vi è una varietà di exema, chiamato dagli autori *papuloso*, il quale incomincia colla comparsa di papule generalmente coniche, che dopo un certo tempo presentano sull'apice, e talvolta su di tutta la loro superficie, delle scagliette aderenti d'epidermide, le quali sono senza dubbio le ultime vestigie d'una o più vescicole rotte e avvizzite di cui il contenuto si sparse nei tessuti circostanti.

Da questa breve descrizione risultano i varii epiteti che vennero aggiunti a questa malattia allorquando si presenta agli occhi del medico, il quale la chiama *rosso*, se la superficie cutanea che la presenta ha tale colore, per essere congestionata, oltre all'essere inspessita e ruvida; *impetiginoso*, se le croste formate dal condensamento delle vescicole molto larghe sono identiche a quelle dell'impetigine, e così di seguito. Non parlo del vario nome imposto alla malattia secondo la regione della pelle su di cui si presenta, per non cadere nella pedanteria. L'andamento di questa malattia è sempre cronico; viene seguito dall'ingorgo lento e multiplo delle ghiandole linfatiche, corrispondenti alla regione affetta. La sua durata dipende dalla estensione della superficie ammalata e dalla quantità delle vescicole che continuamente si formano su di essa. Guarirà assai

più facilmente un exema in cui queste sono rare e sparse su d'una superficie sana, di un altro che si manifesti in condizioni diverse. Negli individui scrofolosi la sua durata è sempre assai lunga e frequenti le recidive. Non sempre questa malattia, checchè ne dicano gli scrittori, è preceduta o accompagnata nei bambini da prurito alla pelle, e nemmeno da bruciore. La vidi di frequente diffusa su di tutta la superficie cutanea, senza che il bambino dimostrasse di soffrirne in modo rilevante.

Le cause dell'exema sono fatte dipendere dagli scrittori: ora dalle condizioni diatesiche dell'organismo; ora da certe condizioni esterne, come sarebbero gli animali parassiti, l'influenza del grattarsi, comune a certi bambini di costituzione nervosa, insofferenti al più piccolo e leggiero prudore che loro molesti la pelle; altre volte dal sudore o dall'irritazione dell'orina o delle materie fecali, da punture d'insetti ed anche da catarri gastroenterici in seguito ai quali avvenne l'assorbimento di alcuni prodotti di fermentazione anormale.

I bambini affetti dalla diatesi scrofolosa sono colpiti da questa malattia più facilmente degli altri per cause di poca entità ed esercitanti la loro azione in un tempo relativamente breve.

Questi vanno soggetti in modo speciale ad infiammazioni catarrali delle mucose, le quali assumono quasi sempre la forma cronica. Quando la mucosa affetta comunica colla pelle per mezzo d'un'apertura naturale, il continuo scolo mucoso, sieroso o muco- oppure siero-purulento produce facilmente degli exemi i quali guariranno molto tempo dopo la malattia principale.

Vediamo quindi come il catarro nasale produca un exema che dal labbro superiore si estende fino al mento, circondando la bocca: come l'otite lenta esterna, o media, cagioni l'exema del padiglione dell'orecchio; il catarro boccale quello del mento; e non di raro il catarro lento del colon e del retto sia seguito dall'exema della regione anale, del perineo, delle natiche, delle coscie, ecc. Lo stesso si dica di quello che invade certe regioni cutanee nelle quali sboccano seni fistolosi provenienti da ascessi lenti.

I bambini che soffrirono exemi per vizio costituzionale ricadono facilmente nella stessa malattia durante la convalescenza di morbi diversi, o per poco che non siano usate verso di essi tutte le cure igieniche possibili.

Vi è una varietà di exema proprio dei lattanti scrofolosi che appartengono al tipo pastaceo, cagionato nella maggior parte dei casi dall'essere troppo vecchio il latte della nutrice per l'età del bambino. Invade quasi sempre la parte anteriore e laterale del tronco, la faccia interna delle

braccia, la regione anteriore interna delle gambe e delle coscie e i genitali. Le squame d'epidermide si staccano largamente e per il loro spessore somigliano a pezzi di pergamena; la superficie cutanea, priva del suo involucro, appare di colore rosso oscuro, come pure i contorni delle parti dalle quali si distacca la squama. Non di raro, dai profani, questo exema è scambiato per una estesa scottatura. Lesioni della stessa natura, ma più limitate, si osservano alla faccia, sulle labbra, sulle narici, sul padiglione delle orecchie, sulle palpebre, e sono accompagnate dal catarro cronico degli intestini, dei bronchi, del naso, della bocca, del condotto uditivo esterno e dall'ingorgo ghiandolare lento.

La guarigione di questa e delle altre forme si ottiene rimuovendo opportunamente le cause e curando la diatesi congenita quale si presenta, secondo il tipo al quale appartiene quella dell'ammalato. Quando essa non esiste, la cura va pur sempre diretta allo stato generale, e venendo continuata a lungo senza interruzione, dà sempre i migliori risultati che non sempre si possono ottenere colla cura locale o coi rimedi esterni.

Oltre alle cure proprie dello stato costituzionale, di cui si daranno le norme nell'apposito paragrafo, si osserveranno ancora le seguenti, colle quali vidi talvolta scomparire gli exemi più ostinati.

Nei lattanti basta ordinariamente cangiare la nutrice, se è troppo vecchia od anemica; nutrirla meglio affinchè il latte diventi più abbondante o più provvisto di sostanze plastiche.

Negli slattati conviene proibire l'uso di sostanze acri e di quelle irritanti che talvolta si usano apprestare ai bambini nelle nostre campagne; l'uso esclusivo di farinacei, come pure le eccessive replezioni intestinali, cause di continui catarri gastroenterici, di fermentazioni anomale e d'una incompleta assimilazione dei principii da assorbirsi dal sangue.

La cura locale si farà con diversi mezzi, secondo lo stadio in cui si presenta la dermatosi, la sua estensione e la sua localizzazione.

Sulle croste degli exemi localizzati si possono applicare gli emollienti, come cataplasmi di riso, di farina linseme, pomata di semi freddi, olio di mandorle dolci, olio di oliva sbattuto con un'eguale parte d'acqua, glicerina, ecc.

Questi rimedi servono, specialmente, per ottenere il distacco delle squame e delle scaglie aderenti, le quali però vanno medicate in altro modo se destano nel bambino il bisogno di grattarsi, a cagione del vivo prurito. Allora sarà molto utile la pomata di catrame, alla dose di cinque o sei per trenta parti di grasso. Le vescicole primitive, le erosioni d'epidermide, ecc., vanno curate colle polveri essiccanti, od anche astrin-

genti se sono soverchiamente umide, come si disse parlando dell'eritema, oppure lavate con sublimato corrosivo o acido borico in soluzione.

Gli exemi diffusi vanno trattati con bagni solforosi i quali si preparano o col polisolfuro di potassio o cogli iposolfiti alcalini. Come:

P. Iposolfito di soda o di calce, grammi trecento o quattrocento divisi in dieci dosi eguali
(Una dose per ogni bagno).

P. Polisolfuro di potassio liquido, grammi cento
(Per due o tre bagni).

I bagni marini, di sale di mare, di cloruro di sodio, di carbonato di potassa, mentre esercitano un'azione sulla diatesi costituzionale del ragazzo da curare, promuovono eziandio il distacco delle squame, delle croste e la risoluzione degli essudati lasciati dalla malattia.

Del Pemfigo dei bambini. — L'eruzione bollosa di questo nome può apparire in tutte le regioni del corpo, fatta eccezione pella faccia e pel capo; è simile a quella che talvolta osserviamo negli adulti. Nei neonati e nei bambini di qualunque età non richiede una cura speciale all'infuori dei bagni emollienti, preparati con crusca, amido, semi di lino, ecc., seguiti da spolverature con sostanze essiccanti come ossido di zinco, spore di licopodio, amido polverato, talco in polvere finissima, ecc.

Si pretende da alcuni che nei neonati questa dermatosi preceda e quindi in certo modo annunzi spesso le primitive manifestazioni della sifilide congenita. Le mie osservazioni non approvano questa credenza; anzi vediamo che il pemfigo non avviene in tutti i bambini sifilitici, nè prima nè dopo averla sofferta, come apparisce talvolta negli affetti da altre diatesi costituzionali. Per cui la questione è difficile da risolvere, a meno che la malattia, avvenendo nel decorso o posteriormente ad una sifilide congenita, guarisca coi preparati mercuriali.

Allorquando il pemfigo è sostenuto da una diatesi costituzionale è più ribelle alla cura e cede solo ai mezzi destinati a migliorare lo stato generale.

Se è di natura scrofolosa serviranno i bagni risolventi di cui si disse nel paragrafo precedente.

Se è sifilitico, il che può avvenire non solo durante le manifestazioni della sifilide congenita, ma anche alcuni mesi dopo di essa, oltre ai bagni emollienti si prescriva il sciroppo del Gybert e si somministrino i bagni di sublimato corrosivo, dando però alle famiglie gli opportuni avvertimenti sull'uso di questo rimedio onde non avvengano disgrazie.

La prescrizione si fa nel modo seguente:

P. Sublimato corrosivo . . . grammi uno
Acqua distillata . . . . » mille
Alcool rettificato o cloruro d'ammonio q. b.
(Uso esterno).

Da versarsi nell'acqua del bagno già preparato, tenendovi immerso il bambino per una mezz'ora.

Il pemfigo cachettico, il quale segue le lunghe malattie esaurienti, va curato coi preparati di chinino, ferro, olio di merluzzo o emulsione Scott, aria di montagna, buona nutrizione, ecc.

Il pemfigo acuto accompagnato da febbre va curato col chinino o col salicilato di soda. Se, cessata la febbre, avvengono ancora delle successive eruzioni, si useranno i rimedi indicati di sopra, unitamente alla cura da dirigersi allo stato generale.

Del Lichene. — Per quanto si sostenga dagli scrittori che questa malattia è rarissima nell'infanzia, non divido questa opinione dopo l'osservazione che potei fare di vari casi. Posso dichiarare che i ragazzi che presentarono questa malattia, soggetti alla mia osservazione, erano tutti affetti dalla scrofola eretistica e soffrivano, nello stesso tempo, chi un catarro enterico cronico, chi una bronchite o un catarro nasale lento. La sua frequenza va aumentando colla età fino a circa quattordici o quindici anni, dopo i quali diminuisce, non tenendo però conto degli individui che contrassero la malattia parecchi anni prima e non se la fecero curare. Questa dermatosi si manifesta per mezzo di noduli piccolissimi, talvolta del colore della pelle; altre volte rossi, e in altri casi bruni. Non sempre i bambini affetti della medesima soffrono prurito. Sono costituiti da accumulamenti di sostanza cornea della pelle, molto aderenti alla superficie libera della medesima, giacchè non si distaccano col grattamento e scompaiono mediante la desquamazione lasciando la superficie cutanea aspra, rugosa e inspessita.

Che non siano questi piccoli nodi costituiti da vescicole, nè da papule cutanee, è provato dal fatto che pungendole non si estrae dalle medesime nè sangue, nè liquido alcuno.

Non mi occupo a ricordare al lettore le divisioni scolastiche della malattia, le quali sono solamente applicabili ad ogni individuale caso pratico, e senz'altro parlo della cura.

Da quanto già si è detto questa va principalmente, e fin dal principio, diretta alla costituzione del ragazzo ed alla diatesi congenita o acquisita più che allo stato in cui si trova la pelle. Siccome anche questa deve

essere curata con diligenza, attesochè le sue lesioni anatomopatologiche ordinariamente hanno già avuto un lungo decorso allorquando il bambino è presentato al medico, e hanno tuttora molta tendenza a durare a lungo, si verificherà dapprima se egli soffre del prurito, e in qual grado, ed essendo questo eccessivo e quindi tale da disturbare il sonno e la sua nutrizione, si ricorrerà alle unzioni colla pomata di catrame vegetale che serve assai più dei narcotici a diminuirlo. Queste unzioni si faranno due volte al giorno e con insistenza, tenendo il ragazzo a letto, nel mattino, per alcune ore, dopo la prima.

L'aggiungere alla pomata suddetta dell'estratto di giusquiamo o di belladonna, è cosa utile se il bambino soffre un atroce prurito oppure l'insonnia, ma però non priva di danno, poichè il bambino dopo grattato può mettersi le mani in bocca. Sono anche utili i bagni tiepidi, resi emollienti con amido, crusca, semi di lino, ecc., dati alla sera prima di mettere il ragazzo a letto, ed anche nelle ore pomeridiane, se la cura si fa d'estate.

Questi rimedi si prescrivono nel seguente modo:

P. Pece navale . . . . grammi sei
Grasso depurato . . . . » trenta
(Uso esterno).

P. Pece navale . . . . grammi cinque
Estratto acquoso di giusquiamo o di belladonna . . . . . . » tre
Grasso depurato . . . . » trenta
(Uso esterno).

È utile incorporare colla pomata di pece navale il precipitato bianco, il quale può servire alla risoluzione degli essudati che rendono il derma inspessito facendogli perdere la sua mollezza e pastosità; alterando la sua circolazione, tanto più se il lichene dura da parecchi mesi.

P. Precipitato bianco . . . . grammi uno
Pece navale . . . . » cinque
Grasso depurato . . . . » trenta
(Uso esterno).

I bagni emollienti si prescrivono nel seguente modo:

P. Crusca, chilogramma uno
s. f. bollire per mezz'ora in alcuni litri d'acqua di fonte, si coli con un panno grossolano e si versi il residuo nel bagno.

Lo stesso si faccia usando l'amido, prescrivendo la metà della dose.

P. Semi di lino grammi duecento
Si faccia decozione con tre o quattro litri d'acqua fino alla consistenza sciropposa, si coli con panno grossolano e si versi nel bagno già preparato.

Della Prurigine. — La prurigine si osserva, nella maggior parte dei casi, nei bambini scrofolosi, cominciando dai lattanti, nei quali però è più rara che nei ragazzi un po' avanzati in età. Nei primi assume, non tanto di raro, una grande estensione in modo di invadere quasi tutte le regioni del tronco. Questa dermatosi consiste nell'infiammazione del corpo papillare; si riconosce dalla presenza di papule più larghe dei noduli del lichene, non coniche ma circolari ed appiattite, — talvolta dello stesso colore della pelle, talvolta più rosse, se sono irritate dal grattamento, il quale produce delle erosioni cutanee che si coprono d'una crosta di color rosso bruno. È sempre accompagnata da un forte e violento prurito che tormenta i ragazzi fino a disturbarne il sonno e la nutrizione, per cui diventano marasmatici se ad essi viene negata la cura opportuna. Non sempre, ma quando essa dura molto tempo, le ghiandole linfatiche corrispondenti alle regioni affette si tumefanno in vario numero e nella maggioranza dei casi cronicamente. Di raro una di esse si infiamma acutamente e si converte in un ascesso. È una malattia assai ostinata e molte volte restia ai mezzi curativi.

Si cura mediante i medesimi compensi terapeutici di cui or ora dicemmo parlando del lichene, eccettuati i bagni emollienti, i quali nelle mani della maggior parte dei pratici non ebbero effetto alcuno, se pure non peggiorano dopo di essi la violenza del prurito.

Talvolta furono utili i bagni locali o generali di acido borico, alla dose dell'uno per cento; altre volte quelli di sublimato corrosivo alla dose dell'uno per due mila o anche dell'uno per tre mila, di cui offro la formola ai miei lettori.

P. Acido borico . . . grammi cinquecento
Acqua comune . . . litri cento
(Per un piccolo bagno).

P. Sublimato corrosivo . grammi trenta
Acqua distillata . . litri cento
Cloruro d'ammonio q. b.
(Per un bagno).

I bagni di carbonato di potassa, di acqua di calce e di polisolfuro di potassio, sono raccomandati da molti pratici, ed io stesso dal loro con-

tinuato uso ne ottenni dei vantaggi. Si prescrivono quasi sempre in questo modo:

P. Carbonato di potassa, grammi quattrocento
(divisi in dieci dosi eguali).
(Ognuna di esse serve per un bagno di cento a duecento litri).

P. Acqua di calce di 2ª concentrazione, grammi cento.
P. Polisolfuro di potassio grammi duecento
(divisi in dieci dosi eguali).
(Ognuna di esse serve per un bagno).

Alcuni pratici vantano i bagni degli iposolfiti alcalini e in ispecial modo quello di potassa. La formola è la seguente:

P. Iposolfito di potassa grammi trecento
(divisi in dieci dosi eguali).
(Ognuna di esse serve per un bagno).

P. Iposolfito di soda grammi cinquanta
(Per un bagno di cento litri, al quale si aggiungono due o tre cucchiai di aceto forte).

Qualunque sia il preparato scelto per il bagno, bisogna ricordarsi che questo non deve durare meno di quaranta minuti, affinchè l'effetto sia sicuro e rapido.

Se le prime notti, seguenti all'uso del bagno, il bambino non dormisse o il sonno ne fosse agitato, è meglio prescrivere preventivamente qualche narcotico, a dose regolare, cominciando però dalla minima e somministrandola con brevi intervalli, finchè siasi ottenuto un effetto anche limitato.

Non consiglio di somministrare i preparati d'oppio, tutto al più il cloralio o il bromuro di potassio. Coi medesimi e coi narcotici, che uso comunemente, ottenni sempre nei bambini gli effetti da me desiderati per la loro salute.

Della Seborrea. — È prodotta da secrezioni sebacee mescolate con squame e detriti d'epidermide e polvere, accumulati fra i capelli, mai tolte per mezzo della lavatura. Formano talvolta una specie di cuffia che si estende fino al limite della pelle e del capillizio. Talvolta la seborrea è costituita da scaglie o squame giallo-scure disposte a guisa di quelle d'una antica corazza; tal'altra le concrezioni sono più scure e quasi disposte a mucchi e strati di vario spessore. Sollevando le croste non di raro si vedono dei pidocchi, o le loro ova, appiccicate ai peli che tengono le croste aderenti. Mi successe più raramente di osservare delle larve di mosche

accumulate in una specie di *caverna* fra la pelle e le croste sollevate. Le applicazioni di cataplasmi emollienti, dell'olio di mandorle dolci, le unzioni di pomata di semi freddi bastano ordinariamente ad ottenere il distacco dell'intonaco indurito.

La maggior pulizia per parte della nutrice o della madre impedirà altresì il ritorno della malattia.

Per uccidere i parassiti del corpo basta qualche energica e prolungata lavatura con una soluzione di sublimato corrosivo alla dose dell'uno per mille di acqua, o unzioni di questo sale sciolto nella glicerina alla dose di venti o trenta centigrammi per cento. Per non dover ripetere le lavature o le unzioni conviene sempre tagliare i capelli, la qual cosa permette che il rimedio usato curi anche le erosioni dell'epidermide.

Si schiverà l'uso della pomata di precipitato rosso, dell'unguento d'idrargirio, del petrolio e della benzina usati fino adesso.

Dell' Impetigine. — Questa malattia si presenta con vescichette sempre più grandi di quelle dell'exema, circondate da un alone rosso, ripieno d'un liquido torbido, purulento, il quale, facendosi strada sulla superficie libera della pelle dopo la rottura delle pareti delle vescicole, forma, coagulandosi, una crosta giallognola, rugosa e d'un rimarchevole spessore. Può svilupparsi su tutte le regioni del corpo e si manifesta con due forme. La prima, leggierissima, consiste nell'eruzione di pustole piccolissime sparse in iscarso numero su di una superficie eritematosa più o meno estesa. Nella seconda le pustole sono numerosissime e molto estesa la regione che ne viene successivamente affetta, la quale ordinariamente è la faccia o il cuoio capelluto; è su questa regione che la malattia ha maggior durata dipendente dalla difficoltà del distaccare le croste e dai volgari pregiudizi che si oppongono al lavoro del medico. Non di raro sollevando la crosta col taglio dei capelli si osservano delle abrasioni d'epidermide, talvolta delle vere ulcerazioni, se pure una leggiera sporgenza fluttuante sotto le dita non ci avverte che sotto la pelle si è formato un ascesso. Altre volte le soluzioni di continuità cutanee guariscono mentre la crosta sta applicata, ed allora colla sua ablazione si scopre una superficie rossa lucida coperta da un sottile strato di epidermide che si rompe facilmente, lasciando trapelare un liquido sieroso torbido o trasparente che coagulando lascia nuove croste più sottili.

L'impetigine di lunga durata è sempre seguita dall'ingorgo cronico delle ghiandole linfatiche delle regioni corrispondenti, le quali non tanto di rado passano in suppurazione. In caso contrario, si risolvono raramente; se pure, coll'andar del tempo, non si fa dei loro elementi la

degenerazione caseosa o tubercolare. Si ha poi, come effetto ultimo di questi ingorghi estesi a molte regioni dell'organismo, l'anemia per l'eccessiva formazione di globuli bianchi, e, nei casi gravi, la formazione di ascessi lenti, la denutrizione ed il marasmo.

Questa malattia si osserva nei bambini affetti congenitamente dalla diatesi scrofolosa, anche in quel grado minimo che dai profani e dal medico viene chiamata solamente *linfatica*; essa invade quasi sempre una larga superficie della faccia e del cuoio capelluto, specialmente in quelli di forma pastacea e quindi ben forniti di pannicolo adiposo che rende le loro forme rotondette e le carni resistenti alla palpazione ed elastiche, tanto ammirate e decantate dalle madri.

Il suo andamento è, come nell'exema, proporzionale alla quantità delle pustole comprese su di una superficie cutanea ed all'estensione della medesima. Dopo la guarigione della malattia esterna rimangono sempre gli ingorghi ghiandolari che talvolta si trasformano in veri tumori, di guarigione impossibile.

La cura dell'impetigine è diversa secondo lo stadio della malattia. In sul principio è utile tentare il distacco delle croste col taglio dei capelli, coi cataplasmi emollienti, con lavature di acido borico o di sublimato corrosivo o mediante l'applicazione di pezzuole bagnate d'una soluzione del primo, al tre per cento, rinnovate continuamente e tenute coperte con un foglio di guttaperca. Poscia si cureranno le abrasioni superstiti cogli stessi bagni di acido borico, o con polveri assorbenti, come quelle di talco, di bismuto, di ossido di zinco, di licopodio, ecc.

Anche la vaselina borica è utile. Sulle ulcerazioni torpide è di gran vantaggio la pomata di iodoformio al cinque per venti di vaselina.

L'impetigine generale va curata con bagni solforosi preparati, col polisolfuro di potassio o cogli iposolfiti alcalini. Per moderare la formazione dell'umidità che trapela dalla superficie escoriata si deve unire il tannino ad una polvere essiccante, secondo questa formola, a cagion di esempio:

P. Tannino	grammi quattro
Spore di licopodio, oppure talco finamente polverato	» venti o trenta

s. m. e.
(Uso esterno).

La cura generale diretta alla diatesi va incominciata immediatamente ed è molto coadiuvata dai bagni solforosi, raccomandati anche quando la malattia è limitata alla faccia e alla testa, giacchè il suo effetto dopo l'as-

sorbimento è quello di eccitare il movimento di ricambio molecolare, assai utile quando il bambino è affetto dalla scrofola pastacea.

Si annoverano eziandio il sciroppo di ioduro di ferro e il ioduro di potassio per risolvere gli ingorghi ghiandolari, nonchè la cura locale della tintura alcoolica di iodio diluita nell'alcool rettificato a parti eguali, perchè si assorbisce di più, infiamma meno la pelle e si può usare per il massimo tempo possibile.

Parlai altrove della cura degli ascessi, tanto ghiandolari quanto sottocutanei, da farsi dopo l'incisione colla lancetta, mediante le iniezioni di sublimato corrosivo alla dose dell'uno per mille o dell'acido borico alla dose del tre per cento.

Per il resto della cura mando il lettore al paragrafo dell'exema, e per l'igiene e la profilassi al paragrafo della scrofolosi, onde non fare delle lunghe ed inutili ripetizioni.

Dell'Orticaria. — Questa dermatosi è osservata ben di raro nei bambini, anche allorquando sono esposti alle stesse cause che ordinariamente la generano negli adulti. Il suo andamento è perfettamente identico. Tanto negli uni quanto negli altri comparisce e scompare rapidamente; ora sulla stessa regione dove si osservò dapprima, ora in regioni vicine alle medesime; altra volta lontane, tanto che non di raro illude l'osservazione del medico, il quale è incerto della diagnosi, perchè vede delle graffiature sulla pelle sana e con esse delle eruzioni dipendenti dalla malattia principale le quali non dànno prurito e possono anche venire attribuite a tutt'altra causa. Si manifesta mediante prominenze allargate ora rosse, ora dello stesso colore della pelle, più allargate che sporgenti; ora circolari o irregolari, ma sempre circondate da un largo alone confluente con quello delle altre papule vicine, se ve ne sono, e di colore diverso dalle medesime. Così vediamo che è di color roseo quello che circonda le papule aventi il colore ordinario della pelle; invece è di color bianco se quella è rossa. Un altro carattere di questa dermatosi, che non manca mai, è il prurito che si fa sentire di giorno e di notte, ma più durante questa, e che, accompagnando il comparire e lo scomparire dell'espulsione, disturba il sonno dei bambini.

Trattandosi di verificare le cause della malattia, sappiamo che alcune volte è febbrile ed accompagna la febbre che ha tutti i caratteri della reumatica, oppure avviene contemporaneamente a diverse lesioni infiammatorie delle tonsille, del palato molle, o a un reumatismo muscolare. Si osserva parimenti, ma di raro, durante il decorso di alcune malattie infettive, ed allora il prurito prodotto è assai minore. Altre volte è prodotta da

catarri gastroenterici acuti o cronici, oppure da leggiere indigestioni in cui i prodotti delle fermentazioni anormali delle sostanze alimentari, contenute e non eliminate per tempo, vengono assorbite dal sangue e cagionano la malattia. In questi casi fra i disordini funzionali sofferti dall'ammalato vi è pure una leggiera diarrea. L'ingestione di certi frutti in troppe grandi quantità, o troppo sovente, o mentre non sono ancora giunti a maturità, favorisce l'eruzione dell'orticaria. Un'altra causa assai più comune è l'irritazione della pelle dipendente dalla presenza di parassiti.

Vi è poi una varietà speciale di orticaria accompagnata da leggiero prurito che si osserva nel decorso delle malattie croniche ed esaurienti dei bambini, in cui i pomfi sono rarissimi, circolari e collocati su di un fondo rosso, esteso a molte regioni del corpo.

La cura di questa dermatosi dipende sempre da quella della malattia che l'accompagna o la precedette. Ordinariamente migliora e guarisce semplicemente colla cura della medesima. Tutto al più, se il prurito notturno fosse insopportabile, si prescriveranno alla sera dei bagni tiepidi con decotto di crusca, amido, ecc. Soltanto nei casi gravi si prescriveranno i narcotici, ma assai parcamente, come fu detto nel relativo paragrafo.

Dei bagni emollienti do le seguenti formole:

P. Semi di lino, grammi centoventi
s. f. s. a decozione molto densa alla colatura di litri due
(Da versarsi nel bagno già preparato).

P. Crusca . . . . gr. cinquecento
s. f. s. a decozione alla colatura di . . » duemila
(Da versarsi nel bagno già preparato).

P. Amido polverato grossolanamente . . . gr. mille
s. f. s. a. decozione alla colatura di . . » tremila
(Da versarsi nel bagno già preparato).

Dell'Erpete. — Quello che accompagna le nevralgie è rarissimo nei bambini dei primi anni di vita. Si osserva più spesso verso i sette anni; d'allora in poi nello stesso modo di quello degli adulti. Assai frequente è invece in tutte le età quello che comparisce contemporaneamente alle malattie febbrili catarrali, infettive, reumatiche, ecc. Appare specialmente nelle varie regioni della faccia, sempre nel decorso di un nervo. Le vescichette che lo costituiscono sono disposte a piccoli gruppi su di un fondo eritematoso e sollevato dal tessuto sano circostante; col progredire della malattia confluiscono; poscia il contenuto si coagula e forma una crosta molto aderente al fondo. Se viene staccata violentemente lascia sotto di sè una soluzione di continuità superficiale simile

ad una erosione d'epidermide, la quale, abbandonata a se stessa, si copre di nuovo con una crosta. È necessario fare in modo che il bambino non gratti per staccarla prolungando così la malattia; tanto più che, in quelli affetti da qualche diatesi costituzionale, questa erosione d'epidermide potrebbe trasformarsi in una ulcerazione di lungo decorso.

Non occorre occuparci dell'erpete della faccia, il quale accompagna le malattie febbrili, perchè il suo decorso va di pari passo con le stesse; pochi giorni dopo la sua comparsa si stacca lasciando una superficie arrossata, un po' tumefatta e coperta di squame d'epidermide; tanto più che non è doloroso. Si può promuovere il distacco della crosta, qualora ritardi eccessivamente a farsi, per mezzo di applicazioni emollienti, come glicerina, olio di mandorle dolci o con polveri essiccanti, come l'ossido di zinco, ecc. Si coprirà con questa sostanza, o con amido in polvere, o spore di licopodio, l'abrasione epidermidale che rimane dopo la caduta della crosta.

In quanto all'erpete che accompagna le nevralgie, in ispecial modo le intercostali, la cura è in certo modo dipendente da quella diretta alla malattia principale che richiede un soccorso pronto ed assiduo, essendo il dolore il suo sintomo essenziale. Si cureranno coll'applicazione di pomate narcotiche, le quali si manterranno aderenti con pezzi di guttaperca, e si copriranno con cotone ovattato, oppure con cataplasmi caldi, rinnovati spesso, per eccitare il loro assorbimento; usasi in questo caso l'avvertenza di porre una garza fra la pelle ed il cataplasma.

Se l'erpete accompagna una malattia febbrile, si curerà questa nel modo che si dirà nell'apposito paragrafo. In caso contrario si possono anche prescrivere i narcotici nei ragazzi d'alcuni anni di vita, i quali, oltre alla calma che arrecano, non permettono che il ragazzo senta il bisogno di grattare, tanto più nella notte, per il vivo prurito che fa sentire questa eruzione, talvolta insopportabile durante lo sviluppo delle vescicole.

La presenza dell'erpete non deve impedire che il medico faccia applicare sui punti dolorosi della nevralgia delle mosche di Milano, se la violenza del male lo richiedesse. Non occorre medicare le enfiagioni, prodotte dalle stesse, con polveri o pomate narcotiche, perchè ordinariamente il dolore è quasi scomparso dopo la formazione delle vescicole.

CAPITOLO XXII.

Delle Fratture delle ossa del cranio — Delle loro complicazioni — Delle altre fratture — Delle Contusioni superficiali e profonde — Delle Ferite lacerocontuse — Delle Distorsioni — Delle Scottature — Della cura.

Delle Fratture delle ossa del cranio. — Le fratture delle ossa del cranio dei neonati si osservano molto di raro, anche allorquando la madre negli ultimi tempi della gravidanza ricevette dei violenti colpi od urti sulla regione addominale. Il corpo del feto si trova abbastanza ben protetto da tutte le parti che lo circondano fuori dell'utero perchè possa ricevere delle lesioni gravi senza che nello stesso tempo, o prima di esse, non ne sia côlta la madre. È inoltre abbastanza mobile e spostabile nella direzione del trauma.

Possono succedere, invece, durante i parti laboriosi, in cui la testa deve attraversare un bacino relativamente stretto o difettoso; oppure quando occorrono delle applicazioni di forcipe o della leva. Sebbene queste cause siano molto efficaci a produrre delle fratture, tuttavia esercitano la loro azione solo in proporzione della gravità dei casi e dell'irregolare posizione della testa, il che richiede reciprocamente una operazione eseguita con norme diverse dalle abituali; poichè fino ad un certo punto la testa può cangiare forma per adattarsi a quella del bacino mentre l'attraversa, e anche per sopportare delle pressioni di varia intensità dirette a spingere le ossa verso la cavità craniana, senza che ordinariamente ne succeda la rottura.

Questo dipende dalla cedevolezza del tessuto osseo membranoso, la quale diventa maggiore di mano in mano che le ossa si allargano per far parte dei lati e della vôlta. Per questa proprietà può variare in varii modi la loro curvatura sotto l'azione del trauma senza che la tessitura venga lesa ed impedito il ritorno nella forma e posizione primitive. Non si fa immediatamente, appena cessata la causa, ma dopo un tempo più o meno lungo, del qual fatto è testimonio l'accavallamento delle ossa del cranio che apparisce immediatamente dopo la nascita, per cui sono avvicinati fra di loro i bordi della spaccatura che presenta l'osso frontale,

ristretta quindi la circonferenza del bordo superiore che non si sente all'esame digitale perchè coperto dai bordi anteriori delle parietali. L'osso occipitale trovasi spinto avanti in modo che non si può esplorare il suo bordo, per cui si trova assai piccola la fontanella collocata sulla sommità della sua parte squamosa. Siccome il cangiamento di forma che possono subire le ossa craniane si oppone alla loro frattura, e questa dipende dalla loro cedevolezza, è evidente che succederà in luogo dell'accavallamento, nelle identiche condizioni, quando le ossa saranno più bene sviluppate, oppure se il trauma agirà su di un osso, o su di una parte del medesimo, sulla quale siasi già fatto un deposito molto più abbondante di sali calcari che le renda più rigide e quindi meno cedevoli.

Le fratture delle ossa del cranio dei neonati si osserveranno, nella maggior parte dei casi, nelle regioni basilari; di raro nella vôlta, dove si produrranno più tardi. Anche dopo essersi fatta completamente l'ossificazione, vi è sempre una maggiore sottigliezza, essendo questa parte del cranio, per la sua estensione, più esposta alle violenze esterne.

Oltre gli infossamenti generali vi sono anche quelli parziali, allorquando una porzione dell'osso presso al bordo viene piegato in dentro verso la cavità craniana, donde può ripigliare il suo posto dopo la cessazione della causa, per venire spinto in fuori dal liquido encefalico, come pure può anche rimanervi. In altri casi la parte centrale d'un osso largo può essere spinta a guisa d'un fondo di sacco verso la cavità del cranio per essere stato compresso, durante il parto, contro il promontorio, o da un tumore osseo, o dal cucchiaio del forcipe, o dalla leva.

L'emorragia dipendente dall'infossamento parziale delle ossa del cranio è prodotta dalla lesione delle parti molli che ne uniscono i bordi; quelle delle fratture da queste e anche dalla rottura dei vasi sanguigni che decorrono nel loro spessore. Le ossa del cranio dei bambini essendo più vascolarizzate di quelle degli adulti, si capisce che lo spandimento sanguigno debba essere proporzionatamente maggiore, e manifestarsi con sintomi diversi, secondochè successe perifericamente alla cavità craniana o nel suo interno; rapidamente o lentamente; in abbondanza o con scarsità.

Le fratture della vôlta del cranio possono, secondo il modo o l'intensità della causa che agì, essere lineari e quindi rettilinee o curvilinee, oppure anche stellate, e quando l'urto fu molto intenso sopra una superficie ristretta, non di raro viene staccato un pezzo osseo colla forma grossolanamente rotonda, che con uno dei suoi bordi si sprofonda nella cavità craniana, mentre l'altro conserva il suo posto. In questo caso si osserva

sempre o quasi sempre una frattura lineare, la quale, partendo dalla circonferenza dell'apertura ossea che sarebbe lasciata dal frammento — supponendo che fosse tolto dal suo posto, — si dirige più o meno lontano.

Le fratture del cranio, per contraccolpo, succedono nei ragazzi come negli adulti; a cagion d'esempio, cadendo sui piedi da una considerevole altezza o ricevendo un colpo sulla vôlta del cranio, allora ne risulta una frattura di un osso della base. Di questo fui testimone alcune volte, nelle quali vidi emorragie dall'orecchio, dal naso e dalla bocca, provenienti dalla faringe, in seguito di corpi caduti dall'alto sul capo di ragazzi.

Un corpo molto pesante, in questi casi, può produrre la frattura dell'osso temporale, dello sfenoide o dell'etmoide. Nel primo caso avviene una emorragia dall'orecchio; negli altri, dal naso o dalla faringe, ma queste rotture non sempre sono diagnosticabili perchè un lieve scolo sanguigno dalle fosse nasali, per la posizione che prende l'ammalato dopo il travaso, penetra nella faringe. Solo uno scolo molto abbondante che la riempia in poco tempo e si coaguli può rendersi visibile. Lo sfenoide può fratturarsi senza che venga lesa la mucosa faringea.

Delle loro complicazioni. — Le fratture delle ossa del cranio, e le gravi contusioni, sono sempre seguite da alcune complicazioni dipendenti dalle lesioni che subiscono secondariamente gli organi che esse contengono e debbono proteggere. Alcune di queste cominciano subito dopo l'azione traumatica, altre avvengono qualche tempo dopo.

Le prime sono la compressione e la commozione cerebrale; le altre, cioè le consecutive, l'encefalite e la meningite.

La compressione cerebrale è prodotta da uno spandimento sanguigno che si inoltrò fra la parete craniana e l'encefalo che comprime, e sul quale si estende, e che copre per una più o meno grande superficie; oppure da un frammento osseo che ne contunde la superficie esterna. Si manifesta con rilasciamento muscolare più grande dalla parte opposta allo spandimento, con abolizione della sensibilità, vomito in sul principio, stitichezza, polso molto lento, respirazione superficiale, fontanelle tese e pulsanti debolmente, dilatazione delle pupille, ecc.

La gravità di questi sintomi dipende dall'abbondanza e dalla rapidità del versamento sanguigno intracraniano. La morte può avvenire poco tempo dopo un rapido versamento, o alcuni giorni dopo un versamento copioso e lento, il quale viene accompagnato da un aumento d'intensità dei sintomi di compressione.

La commozione cerebrale, dal suo più grave modo di manifestarsi al più leggiero, è una forma più mite della compressione che qualche volta può precedere. I suoi sintomi sono quindi analoghi e si osservano anche dopo una semplice caduta, o un colpo sulla testa senza frattura di sorta e senza emorragia. Si dissipano assai più presto, a meno che siano seguiti dalla encefalite o dalla meningite, ciò che succede assai più frequentemente che non nella compressione, dopo la quale i bambini muoiono soventi prima che avvengano delle complicazioni.

In alcuni casi la diagnosi differenziale è assai difficile, imperocchè dopo aver ricevuto un colpo sulla testa il bambino talvolta cade a terra « ... come corpo morto cade », colla faccia pallida, col polso lento e con una completa risoluzione muscolare; altre volte invece cade solo stordito momentaneamente e poche ore dopo si sveglia lagnandosi di un dolore alla testa senza ricordarsi di quanto fu successo. La cosa può rimanere in questi termini, oppure dopo alcune ore il bambino può venir preso da leggiere convulsioni, sonnolenza, rilasciamento muscolare generale, polso debole, ed infine può avvenire la morte.

Gli effetti delle cure che si prestano ai bambini in questi casi non hanno un gran valore, nemmeno davanti al medico, che per essere chiamato a prestarle e per la sua coscienza desidererebbe di fare assai di più, per mettere al sicuro la sua responsabilità professionale davanti alla famiglia.

Sono molto urgenti e non vanno mai eseguite per mezzo delle operazioni di sangue nei bambini che presentano i sintomi di compressione o di commozione cerebrale.

Se dalla frattura esce una porzione di cervello che faccia ernia o rimanga schiacciata, spappolata, ecc., si deve escidere.

Si tolgano i piccoli frammenti mobili delle ossa. Se è possibile si sollevino i frammenti, i quali rivolgono il loro bordo tagliente verso il cervello o sono infossati; se non sono aderenti alle parti molli si estraggano nel modo che si crederà più opportuno ed anche applicando una corona di trapano nella loro vicinanza. Si faccia in seguito una fasciatura su tutta la testa con bende di garza fenicata, e si applichi la vescica di ghiaccio o il berretto a circolazione acquea continua.

Se non vi è vomito si somministri qualche purgante, come calomelano, olio di ricino, o qualche cucchiaio di acqua di Janos (Buda-Pesth); in caso contrario si usino clisteri.

Nella gran depressione di forze che segue la compressione cerebrale vanno usati gli eccitanti cutanei, come frizioni con alcool canforato, aceto forte, senapismi, ecc.

La cura consecutiva sarà regolata dai sintomi presentati dall'infermo, i quali faranno diagnosticare ora una meningite, ora una encefalite, delle quali fu già detto in apposito paragrafo.

Delle altre fratture. — Vi sono altre fratture proprie dei bambini, le quali affettano specialmente le ossa lunghe delle estremità superiori. In questi casi non si sente, o molto di raro, il crepitio; non succede mai lo spostamento dei frammenti ed il membro è poco doloroso e non assolutamente immobile. Queste sono evidentemente incomplete e alcune volte non vere fratture, ma consistono solamente nell'esagerazione della curvatura normale dell'osso e ricordano il modo con cui si rompe o si piega il ramoscello verde di una pianta.

Anche quando le fratture sono complete, il periostio non prende parte alla lesione traumatica subita dalle ossa, per cui la loro importanza è minima. La deformazione del membro è piccolissima ed il bambino continua a valersi del medesimo, sebbene un po' meno del solito, evitando i movimenti parziali che aumentano il dolore. Se il dito esploratore del medico, scorrendo sulla regione più superficiale dell'osso, si avvicina, esercitando una pressione anche leggiera, alla parte fratturata, il bambino cerca di tirare a sè il braccio piangendo.

Queste fratture sono le più difficili da diagnosticare per la mancanza dei sintomi essenziali, e il più delle volte contestate dalle famiglie al medico il quale propone di applicare una fasciatura. Anche in questi casi fra i due litiganti il terzo gode, imperocchè queste fratture guariscono sempre prestissimo. Se si tratta del membro superiore, guarisce anche senza la fasciatura e col solo tenere l'arto sospeso al collo con una sciarpa, la quale però va messa in opera dallo stesso medico ed assicurata in modo invariabile.

La guarigione può farsi, nei lattanti di pochi mesi, in otto giorni, e in generale è tanto più rapida quanto più ben portante è il bambino, e di poca età, piccolo l'osso fratturato e limitata la lesione.

Le fratture con spostamento di frammenti e crepitazione, avvengono generalmente in bambini aventi ormai alcuni anni d'età. Sono prodotte da cause traumatiche dirette o indirette. Il periostio viene contemporaneamente in tutto o in parte lacerato, e nello stesso modo i tessuti circostanti vengono pur essi lacerati, contusi, schiacchiati, divisi, ecc., sia dalla violenza del trauma che li colpì, sia dagli stessi frammenti che li feriscono colle loro superficie aspre, ineguali, talvolta taglienti, pungenti, ecc. Alcune ore dopo la regione corrispondente alla frattura apparirà molto tumefatta per lo stravaso sanguigno che nei bambini

è più grande che negli adulti; per la congestione, la quale invade le parti sane e le ammalate; e per l'infiltrazione edematosa dei tessuti che le circondano.

Riesce impossibile, alcune ore dopo, il riconoscere la direzione dei frammenti, il loro numero e la posizione relativa, non essendo nemmeno cosa prudente il farlo, per il bisogno di riposo che ha l'infermo e perchè con questo si diminuiscono gli effetti reattivi che la parte ammalata esercita sull'organismo intiero.

Essendo il membro dolorosissimo a qualsiasi lieve movimento, deve essere collocato in modo che non ne subisca l'effetto, e possibilmente in una posizione tale che renda e mantenga normale la forma e la lunghezza del membro. Così verrà assicurato il riposo dell'arto, calmato il dolore e reso meno intenso il lavorio reattivo di cui esso è sede.

Trattandosi della frattura del radio, che è una delle più frequenti, la posizione da darsi verrà compresa fra la prona e la supina, nella quale vi è la massima distanza fra le diafisi delle due ossa. Se invece è fratturato il cubito, si manterrà l'avambraccio nella supinazione.

Nella frattura dell'omero la posizione da occuparsi provvisoriamente dal membro, essendo il bambino a letto, è l'orizzontale, tenendo il membro più o meno allontanato dal tronco secondo la regione colpita e lo spostamento speciale che in ogni caso clinico è imposto ai frammenti. In generale non solo in queste, ma anche nelle fratture delle estremità, lo spostamento dovuto all'azione muscolare è di poca entità nei bambini.

Le fratture delle estremità inferiori vanno trattate analogamente; se possibile, è meglio far uso di un apposito semicanale prima che la risoluzione della tumefazione permetta l'applicazione della fasciatura.

In quanto al tempo in cui questa si deve applicare, sono d'avviso di non aspettare che la tumefazione sia giunta ad un alto grado, nè che sia risolta per eseguirla, ma farla subito o almeno dopo il tempo sufficiente a provvedere il necessario. Così da molto tempo sono abituato a fare nella mia clientela.

Questo metodo serve specialmente per le fratture delle estremità inferiori, allorquando in luogo della fasciatura si vuole usare l'apparecchio ad estensione continua, il quale, oltre agli altri vantaggi, ha quello di permettere di verificare la forma del membro, di sorvegliare la tumefazione, la posizione dei frammenti ed infine la formazione del callo. Dopo averlo applicato, cessa il dolore ed il bambino può star seduto sul letto per baloccarsi, mangiare, ecc. In questo modo si può anche tenere

più pulito l'ammalato, e l'apparecchio non viene danneggiato dall'orina, dalle materie fecali, ecc.

La trazione è fatta con pesi applicati al piede mediante una cordicella che scorre sulla gola d'una carrucola o attorno d'un corpo cilindrico e liscio, assicurato orizzontalmente, od anche per mezzo di elastici destinati allo stesso effetto. Nelle fratture senza spostamento il piede viene semplicemente legato in modo invariabile sul fondo del letto.

La controestensione oggidì non si fa più mediante una legatura applicata tra il membro ammalato ed il tronco e fissata al letto nella parte opposta del peso, non priva d'inconvenienti, ma bensì inclinando opportunamente il letto verso la testa del piccolo infermo, in modo che il corpo faccia equilibrio alla trazione esercitata del peso. Si dovrà regolare questo in proporzione dell'effetto, diminuirlo o aumentarlo secondo che col tempo si vedrà il bambino trascinato verso il fondo del letto o il fatto opposto, come pure si varierà l'inclinazione del letto se sarà opportuno.

Non credo inutile ricordare che tanto il peso quanto il grado dell'inclinazione debbono essere appena sufficienti a ottenere e a mantenere la coaptazione dei due frammenti, sebbene non diano dolori quando sono esagerati.

Se non vi è spostamento di frammenti e trattandosi di lattanti o di bambini di pochi anni in cui la consolidazione si fa rapidamente, faccio anche uso qualche volta d'un semicanale, il quale offre il vantaggio che senza cangiare il membro di posizione si può fare la pulizia consueta del bambino.

Sia che si applichi questo metodo, sia che il medico creda opportuno di vedere risolta la tumefazione prima di applicare qualsiasi apparecchio, si dovrà, non di raro, aiutare la sua risoluzione.

Si facciano quindi dei bagni freddi con tintura d'arnica diluita nell'acqua alla dose del trenta o del quaranta per cento, o di sale ammoniacale, o di cloruro di sodio o di carbonato di potassa nella proporzione di quindici o venti grammi per cento di acqua comune, ecc. In pochi giorni diminuirà la tumefazione e si potrà fare una diagnosi esatta verificando la direzione della frattura, la posizione dei frammenti, il loro numero, ecc.

Allora si potrà pensare ad immobilizzare l'arto con una adatta fasciatura. Nei bambini non essendovi in generale grandi forze muscolari da controbilanciare non sarà necessario farla colla stessa solidità usata per adulti, per cui basteranno delle listerelle di cartone in luogo di quelle di

legno, affine di renderla resistente e duratura e non essere obbligati di ripeterla, il che disturberebbe la formazione del callo.

Quello che non bisogna mai dimenticare è d'avvolgere il membro, prima di apporvi la fasciatura, con cotone ovattato perchè questa non diventi in pochi giorni troppo larga per il membro che va detumefaciendosi, e non vada per questo rinnovata; così facendo si avrà il vantaggio d'impedire che un giro di benda troppo stretto inavvertitamente eserciti immediamente la sua azione sulla pelle sottoposta. Ricordo come questo fatto non dà dolori avvertiti od accusati dai bambini, per cui si potrebbe avere la non grata sorpresa, tanto per il medico quanto per i parenti dell'ammalato, di vedere delle compressioni circolari sul membro quando la fasciatura verrà disfatta, se pure queste non sono già seguite da cancrena della pelle o del connettivo sottocutaneo.

Disfatta la fasciatura nel tempo opportuno, un po' minore di quello impiegato per gli adulti, se ne applicherà una semplice onde limitare i movimenti muscolari dell'arto in via di guarigione e tenerlo ancora alcuni giorni in riposo.

Se l'osso fratturato appartiene all'arto inferiore, si abituerà gradatamente il ragazzo a lasciarsi sostenere di nuovo e non si permetterà che tutto il peso del corpo della parte corrispondente graviti su di esso. Per ottenere tale scopo si sosterrà il convalescente mentre farà i primi passi senza sforzarlo a compierli, e sedendolo non appena darà qualche segno di stanchezza, lasciando che negli intervalli cammini a quattro gambe su di un morbido tappeto, il che servirà ad abituare di nuovo l'arto ai movimenti a lungo soppressi e a favorire lo sviluppo dei muscoli resi atrofici dalla loro stessa inerzia. In questo modo si schiverà l'uso delle stampelle e del bastone per sostenersi, ai quali mezzi i ragazzi molto a malincuore si adatterebbero.

Se la parte fratturata d'un osso è la estremità articolare, nel fare la fasciatura si dovrà prevedere il caso che la saldatura dei frammenti, facendosi senza il perfetto e regolare combaciamento delle superficie fratturate, ne derivi, come conseguenza, un'anchilosi completa o parziale; per cui si darà all'arto una posizione tale che dovendo anche conservarsi per sempre possa servire il più possibile ai bisogni comuni della vita.

Nella frattura dell'estremità inferiore dell'omero, o dell'estremità superiore di una o delle due ossa dell'avambraccio, si metterà quest'ultimo flesso ad angolo retto sul braccio; in quello dell'estremità inferiore ed

articolare del femore o articolare superiore della tibia il membro andrà tenuto esteso, e così di seguito per le altre.

Levata la fasciatura, raramente occorre di dover comunicare dei movimenti passivi alle articolazioni che furono immobilizzate, onde risolvere la loro rigidità; meno ancora di dover far uso dei bagni termali, dei fanghi, dei bagni caldi d'acqua comune, del massaggio, ecc., imperocchè il ragazzo che sopporta sempre di malanimo la fasciatura e non vede l'ora ed il momento di vedersela levata, non può astenersi, quando si trova libero, di muovere l'arto che fu fratturato, sia per assicurarsi che goda sempre dei suoi soliti movimenti, sia per l'irrequietezza propria della sua età.

La frattura della clavicola nei bambini è prodotta dalle stesse cause degli adulti, cioè da un colpo diretto sulla medesima o da una caduta sulla spalla. Nella grande maggioranza dei casi si osserva sempre sull'estremità esterna. Va eziandio curata mantenendo l'estremità superiore dell'omero nella sua posizione anatomica mediante una fasciatura che lo immobilizzi unitamente all'avambraccio, il quale va sottratto dalla propria funzione avvolgendolo con giri di benda che lo obblighino a stare semiflesso e ben fisso al tronco.

Faccio osservare ai miei colleghi che la guarigione perfetta, nel senso richiesto dalla chirurgia, non succede nei bambini in tutti i casi, e tanto meno in quelli che sono per natura irrequieti e intolleranti. Supponendo però che la saldatura dei frammenti riesca angolare o accavallata leggermente, il successivo sviluppo che l'osso va assumendo col tempo non lascierà scorgere che una lieve deformità.

Le sostanze agglutinative che sono maggiormente adoperate dai pratici a rendere immovibile la fasciatura dei bambini sono: l'amido, il silicato di potassa, e la gomma arabica in soluzione acquosa concentrata.

Il solfato di calce è poco usato a cagione dell'eccessivo peso e grande volume che dà agli apparecchi inamovibili.

Il migliore di tutti è il silicato di potassa. Un bendaggio apprestato con esso diventa molto duro e solido in poche ore, la qual cosa non si osserva usando altre sostanze.

Può avvenire che, per la non osservanza di certe precauzioni nel fare la fasciatura, o per non essere stata sorvegliata abbastanza, i due frammenti, dopo la consolidazione del callo, presentino uno spostamento angolare o parallelo dei frammenti, dipendente dal non essere stata distrutta colla fasciatura la resistenza muscolare che è la causa della deviazione.

Il modo di correggere la deformità ossea in questi casi è varia secondochè il callo fu consolidato recentemente o da molto tempo.

Nel caso in cui la deformità è angolare e di fresca data basta rinnovare la fasciatura applicando un'assicella di legno sul lato del membro opposto a quello sul quale sporge il vertice dell'angolo costituito da due frammenti mal consolidati, stringendo i giri della fasciatura di mano in mano che essa va a coprire il callo deforme, dopo aver avviluppato il membro d'un maggior strato di ovatta. Dopo alcuni giorni devesi rinnovare la fasciatura, e ciò per alcune volte durante qualche settimana, sino a che l'osso abbia ripresa stabilmente la forma normale.

Se la consolidazione data da parecchi mesi, non si può fare a meno di rompere il callo già consolidato e fare subito dopo tale operazione una nuova fasciatura.

Quando lo spostamento dei frammenti delle ossa fu parallelo, cioè se sono accavallati, — consecutivamente al qual fatto vi è sempre un accorciamento proporzionale del membro, — si propose di fare ora la sezione del callo perpendicolare all'asse dell'osso, ora l'obliqua. Egregi dottori, invece, sono partigiani della resezione del callo. Paragonando i vantaggi ottenuti coi pericoli ai quali si espone l'ammalato, e pensando che la deformità sarà piccola, nei casi ordinari, allorquando lo sviluppo del membro sarà completo, mi pare che non conviene decidersi a fare tale operazione, se non si tratta di un caso grave o d'un accavallamento molto importante che, come quello del radio o del cubito, impedisca in parte la funzione del membro.

Queste operazioni vanno fatte sotto l'uso del cloroformio, non tanto per vincere l'azione muscolare quanto per schivare gli acerbi dolori i quali potrebbero esser causa di convulsioni e di edema cerebrale, ecc., prodotti dalle alterazioni circolatorie che succedono nei centri nervosi dei bambini durante le eccessive sofferenze oltremodo prolungate.

Il distacco delle estremità ossee dalle cartilagini epifisarie, sebbene non sia ancora considerato da tutti come una frattura, va curato nello stesso modo. È completo e accompagnato da crepitazione molto grossolana delle superficie divise. Avviene per azione traumatica e nelle speciali regioni ossee in cui hanno sede le cartilagini epifisarie. Si osservano eziandio nei neonati.

Le fratture dei bambini si consolidano più presto che negli adulti, per la grande vascolarità delle ossa e del periostio, e per essere minore la opposizione che fa la contrazione muscolare alla coaptazione dei frammenti ed al loro mantenersi in reciproco contatto.

La consolidazione subisce un ritardo nei bambini deboli, convalescenti e denutriti, ecc. Quindi mentre un radio, od una clavicola fratturata, guariscono in dieci o dodici giorni in bambini sani e robusti di uno o due anni, ne occorrono il doppio e talvolta di più negli altri. In questi casi è necessario unire la cura medica alla chirurgica, somministrando fosfato di calce, olio di merluzzo, i ferruginosi, ecc.

I bambini affetti da rachitismo, o che soffrirono la sifilide congenita, sono più degli altri soggetti alle fratture. Queste sono complete perchè le loro ossa sono più povere di sali calcari essendochè negli uni vi fu riassorbimento e negli altri difetto di deposito di carbonato di calce, per cui sono più porose e fragili.

Nei rachitici vi è una causa di più, ed è il camminare claudicante, incerto e stentato che fa loro perdere facilmente l'equilibrio.

Delle Contusioni superficiali e profonde. — I bambini sono più degli adulti soggetti all'influenza delle cause traumatiche a cagione della irrequietezza, vivacità e spensieratezza che in essi sono leggi e condizioni di vita e di salute.

L'essere molto abbondante il tessuto connettivo non soltanto sotto la pelle, dove contiene una grande quantità di grasso in certi bambini, ma eziandio negli spazi frapposti agli organi i quali verranno invasi successivamente per il loro progressivo sviluppo, e l'essere dotato di poca compattezza e resistenza contenendo una più grande quantità di vasi capillari che non nell'adulto, che sono altresì più fragili, favorisce molto l'effetto delle contusioni nei bambini.

Sebbene la pelle sia la prima ad essere colpita dall'azione traumatica, tuttavia non presenta mai delle soluzioni di continuità. È interessata, in questo modo, nel fatto morboso, solo quando fu colpita nelle regioni in cui a pochissima profondità si trova una superficie ossea. In altri casi possono subire delle gravissime lesioni gli organi contenuti nelle cavità splancniche senza che i comuni integumenti, corrispondenti alla regione sulla quale agì la causa, subiscano il più lieve danno.

I corpi contundenti schiacciano, lacerano, spappolano qualche volta i tessuti, per cui succede una emorragia più o meno abbondante, proporzionale all'estensione della parte colpita ed alla sua vascolarizzazione. Apparisce dopo una ecchimosi alla pelle, più o meno presto ed estesa, secondo la profondità della lesione e la quantità del sangue travasato. Il membro è doloroso e tumefatto. Se la contusione fu violenta ne viene contemporaneamente scosso qualche volta anche il sistema nervoso, per cui il

bambino cade immobile ed inerte. Questo succede specialmente in quelle del capo.

All'intorno dei tessuti contusi si forma rapidamente una dilatazione dei vasi capillari rimasti intatti, seguita da una trasudazione sierosa, proporzionali l'una e l'altra alla cedevolezza dei tessuti, all'estensione dell'emorragia ed all'intensità della lesione, le quali si risolvono in pochi giorni, purchè non sia successa una grande mortificazione di tessuti. La regione sulla quale agì il trauma va quindi detumefaciendosi e manifestandosi meno dolorosa, e di rosso oscuro come era dapprima l'ecchimosi diventa rosso-azzurra, poi verde e gialla, i quali colori indicano le varie fasi di trasformazione dell'ematina del sangue per essere riassorbita. Questo è quanto si osserva nei casi leggieri.

I casi gravi hanno due modalità. Nella prima, che può essere tenuta come più mite, l'assorbimento della sierosità sparsa negli interstizi dei tessuti, e la risoluzione della congestione capillare, avvengono in pochi giorni, ma non completamente. Il dolore non cessa del tutto; la tumefazione rimane circoscritta in una regione assai più piccola della primitiva, nei tessuti della quale dopo un tempo più o meno lungo si sviluppa un processo infiammatorio.

L'altra modalità è caratterizzata dalla rapida formazione d'un ascesso, aprendo il quale per tempo, ne esce del pus misto a coaguli sanguigni, a detriti di tessuti, ecc. Questi ascessi di raro guariscono in breve tempo, anche con tutte le cure ben adatte messe in uso in questi ultimi tempi. La riparazione non incomincia il suo lavoro fintantochè síano scomparsi i coaguli, i detriti dei tessuti spappolati e non venga prodotto dalla superficie ulcerata del pus *bonum et laudabile* degli antichi autori.

Nei ragazzi dotati di costituzione organica molto delicata, oppure convalescenti di qualche malattia esauriente, non di raro, in seguito ad una contusione anche non molto grave relativamente alla causa, si fa un grande stravaso di sangue sotto la pelle, che continuando ad estendersi per una successiva rottura di capillari congestionati, distacca la pelle stessa dai tessuti sottostanti per cui vengono interrotti i suoi rapporti vascolari cogli organi interni, e per questo motivo e per la grande estensione che subisce può venire affetta da cancrena.

È cosa rara che in tale circostanza non avvenga l'infiammazione dei tessuti circostanti rimasti sani, e poscia la suppurazione. La prima ha fin dal suo esordire un carattere adinamico e la seconda si sviluppa lentamente. Dura gran tempo, non ostante le cure antisettiche usate oggidì per curare queste lesioni, e le ricostitutenti colle quali si accompagnano.

Quando vengono affette da una contusione le parti molli che coprono il cranio, succedono sempre dei versamenti sanguigni ora tra l'osso e il periostio, ora tra questo e l'aponeurosi epicraniana, ed allorquando la causa traumatica fu molto leggiera viene lesa solamente la pelle. Le emorragie che succedono tra il periostio e l'aponeurosi sono le più abbondanti, perchè il tessuto areolare che li unisce offre piccolissima resistenza all'invasione del liquido e l'infiltrazione edematosa è anche più estesa.

Di raro le cavità che contengono i coaguli si trasformano in un ascesso, e più di raro ancora succede che la pelle la quale copre il tumore venga necrotizzata, e ciò per le condizioni circolatorie speciali che ne mantengono la vitalità.

Il periostio alcune volte viene compreso nel processo morboso derivante da una contusione, o per essere stato assai violento il colpo, o molto superficiale l'osso colpito. In questi casi lo spandimento sanguigno invade non solamente i tessuti più esterni, ma eziandio quelli che tengono aderente il periostio all'osso sottoposto per cui succede il suo distacco. Qualora il sangue sparso non venga in poco tempo assorbito, è causa di necrosi della porzione dell'osso che dai vasi ricevuti da lui aveva la sua vitalità. La violenza del colpo può anche infiammare direttamente il periostio; perciò tra di esso e l'osso non ci saranno solamente dei coaguli sanguigni ma ancora del pus, ed usciranno mescolati allorquando si aprirà la cavità dell'ascesso.

Le ossa più esposte a subire gli effetti delle lesioni traumatiche sono, nel maggior numero dei casi, il mascellare inferiore, la faccia interna della tibia, l'osso malare, il bordo esterno del radio,ecc.

S'intende che sono più predisposti agli effetti delle contusioni semplici i ragazzi la cui pelle è fina e delicata, presso i quali il più piccolo colpo produce sempre lacerazione di vasi ed ecchimosi. Nello stesso modo che non si osserva mai, o assai di raro, la risoluzione d'una periostite traumatica in un bambino affetto da qualche diatesi congenita.

Non parlo delle gravissime contusioni del torace le quali sono accompagnate da lesioni polmonari o cardiache; nè di quelle dell'addome che hanno per conseguenza delle lesioni al fegato, al ventricolo, agli intestini, ecc., degli abbondanti spandimenti sanguigni nella cavità peritoneale, imperocchè sono fra le più rare malattie traumatiche dei bambini, e non offrono speciali differenze con quelle che più frequentemente colpiscono gli adulti.

La cura delle contusioni consiste nel mettere primieramente in riposo

il membro o la parte dell'organismo che ne fu affetta, eccitando l'assorbimento del sangue e della seriosità sparse fra gli organi e gli interstizi dei tessuti affinchè i loro elementi possano ripararsi e quelli ripigliare il primitivo rapporto, l'analoga funzione.

Il riposo a letto è tanto più necessario, se è affetta una parte essenziale del corpo o se fu violenta l'azione del trauma; come pure quando ha prodotto secondariamente delle commozioni viscerali e si hanno da temere dei fenomeni derivanti dal sistema nervoso. A parità di circostanze tutte le volte che furono colpiti gli arti inferiori.

Si faccia in tutti questi casi una medicazione sintomatica nel modo già detto in altri paragrafi.

Si applichino cioè nelle regioni contuse dei cataplasmi freddi, bagnati d'acqua vegetominerale, o di tintura d'arnica diluita nell'acqua; delle pezzuole fredde bagnate nell'acqua e aceto, o in una soluzione di carbonato di potassa o di sale ammoniacale, ecc.

Ordinariamente, nei casi leggieri, con questa cura la malattia si risolve in pochi giorni. Se questo non succedesse e la pelle contusa rimanesse mortificata, converrebbe fare su di essa dei bagni antisettici di una soluzione di acido fenico, borico, oppure di sublimato corrosivo, sia per tenere disinfettata l'ulcerazione, sia per promuovere il distacco e lo spappolamento dell'escara. Ciò fatto si medicherà la piaga rimasta con iodoformio in polvere o in pomata, col calomelano, coll'acido silicilico o borico, secondo i sintomi che essa presenterà.

Può anche succedere che la regione la quale ricevette il colpo diventi più dolorosa, arrossata, tumefatta e calda. Allora si applichino dei cataplasmi emollienti e si rinnovino spesso onde favorire la suppurazione. Si apra l'ascesso appena sia bene manifesta la fluttuazione; si vuoti la sua cavità del sangue dei detriti dei tessuti e del pus, aiutandosi colle iniezioni antisettiche, facendo in seguito una fasciatura antisettica adatta.

Le raccolte sanguigne, le quali disseccano estesi tratti di pelle, minacciandone la cancrena, vanno vuotate per mezzo d'una piccola puntura seguita da una iniezione di acido fenico o di sublimato corrosivo e, qualora le cavità si riempissero di nuovo di sangue, di percloruro di ferro sciolto nell'acqua. Si avvolgerà poi il membro con una fasciatura antisettica e un po' compressiva.

Se in un bambino affetto da una diatesi costituzionale, dopo l'assorbimento del sangue travasato, dell'edema e la risoluzione della congestione, rimanesse una tumefazione poco estesa aderente ad un osso, dura e dolorosa, si incominci immediatamente la cura ricostituente secondo la

natura della malattia diatesica congenita, e si applichino i risolventi locali finchè il tumore sia scomparso.

Se invece si fa di giorno in giorno più dolorosa, se aumenta di volume e va contemporaneamente arrossandosi, mentre prima la pelle che lo copriva era già tornata sana, si facciano applicare, come già si è detto, dei cataplasmi emollienti e si continui finchè la fluttuazione sia manifesta in tutta l'estensione dell'ascesso. Si apra poscia e si tratti, come abbiamo detto più volte parlando degli ascessi acuti; collo specillo si esplori la profondità della cavità onde verificare la natura della malattia per farne poscia la cura necessaria.

Delle Ferite lacero-contuse. — Queste ferite siano piccole, rettilinee, oppure costituite da larghi lembi qualche volta frastagliati, i quali lasciano allo scoperto una grande superficie di tessuti, guariscono assai facilmente nei bambini, e non solo nei sani e robusti, ma eziandio in quelli affetti da malattie costituzionali. A parità di circostanze la guarigione è proporzionale alla vascolarizzazione del lembo cutaneo che tiene aderente la pelle staccata ed alla quantità di tessuto connettivo sottocutaneo di cui sono fornite le parti compromesse nella lesione.

Per curarla si faccia primamente cessare l'emorragia col freddo, con lavature di sostanze astringenti, o comprimendo l'arteria corrispondente alla località, qualora sia possibile, contro un osso od usando l'agopressione, ecc. Si lavi poi con acqua fredda, o con una soluzione antisettica, tutta la superficie della piaga onde esportare i coaguli, i corpi estranei, i detriti di tessuti, ecc. Si uniscano occorrendo i lembi con punti di sutura, bagnando il filo e l'ago nell'olio fenicato.

Si tengano uniti gli altri più piccoli con cerotto adesivo. Ed infine si copra la regione affetta con un foglio di guttaperca e cotone fenicato tenute in sito con bende di garza antisettica.

Si tenga il ragazzo in riposo, tanto più se fu violenta la scossa ricevuta dall'organismo, se vi è febbre, ecc.

Delle Distorsioni. — Queste malattie traumatiche sono comunissime nei bambini e molto frequenti, ma poco curate dal medico di casa, per la poca importanza data ad esse dalle famiglie, e per la tendenza che hanno quasi sempre a guarire spontaneamente; ciò che però succede soltanto nei ragazzi sani e robusti. La loro frequenza aumenta maggiormente dal giorno in cui si dispongono a camminare per la prima volta; diventa massima verso gli otto o dieci anni a cagione della spensieratezza propria di tale età. Allora la malattia avviene specialmente nell'articolazione del piede, mentre nei primissimi anni di vita ne vengono

affette invece le principali articolazioni dell'arto superiore per l'abitudine riprovevole delle mamme o delle nutrici di sollevare per un braccio i bambini qualche volta improvvisamente per far loro schivare un pericolo o un inciampo qualsiasi.

Per ordine di frequenza, dopo l'articolazione del piede viene affetta quella del ginocchio, la quale, non venendo curata o talvolta anche dopo esserlo stata opportunamente, è il punto di partenza d'un'idrartrosi in un bambino affetto da qualche malattia costituzionale, che può terminare con una artrite fungosa.

La distorsione dell'articolazione del piede viene frequentemente complicata dalla frattura del peroneo, nel punto di unione del terzo inferiore coi due terzi superiori, giacchè le distorsioni del piede nei bambini sono nella grande maggioranza dei casi interne. Malgrado questa frattura venga curata con diligenza, è difficile che il frammento inferiore non rimanga spostato avanti del superiore, al quale rimane per sempre fisso in questa posizione con un callo naturalmente deforme. Questa posizione viziosa si verifica anche alcuni anni dopo che è avvenuta la distorsione, la qual cosa è comprovata dall'interrogatorio della famiglia.

Le lesioni che presentano i tessuti articolari dopo la distorsione consistono ora in un semplice stiracchiamento dei legamenti, ora nella loro lacerazione più o meno completa, secondo la violenza del trauma e della membrana sinoviale, che entro un certo limite essi sono chiamati a proteggere.

Consecutivamente succede un versamento sanguigno per la rottura dei capillari che decorrono nella loro intima trama, che si spande nell'interno della cavità articolare, fra le superficie lacerate, fra di esse e il tessuto connettivo sottocutaneo; fra le guaine dei tendini e il connettivo che le circonda, e quindi più o meno lontano dalla lesione principale. Il sangue sparso, forma poco dopo un coagulo e attorno al medesimo si fa una congestione sanguigna attiva, seguita da trasudazione sierosa, che si estende perifericamente all'emorragia, e in regioni più o meno lontane, secondo la rilasciatezza dei tessuti e l'abbondanza dello stravaso.

Queste lesioni sono assai dolorose, senza che si comunichi il benchè minimo movimento all'articolazione, nè si faccia pressione alcuna, e anche quando questa è leggiera allorchè si deve ricorrere ad un esame.

La patologica sensibilità è sempre proporzionale all'intensità del processo morboso e va diminuendo colla sua graduale risoluzione.

Dalle regioni interne nelle quali si fece l'emorragia primitivamente, il sangue stravasato si fa strada verso la pelle che ne viene infiltrata in parte

per cui, secondo le varie gradazioni che subisce la sostanza colorante del sangue, offre delle macchie, seguite talvolta da abrasioni epidermoidali, di colore rosso, azzurro, verde, giallo, che indicano la trasformazione subita dalla sostanza colorante del sangue che ne prepara l'assorbimento.

Dopo il ritorno dei tessuti allo stato normale rimane una certa rigidità nei movimenti che va svanendo spontaneamente poco tempo dopo, a meno che il bambino, essendo affetto da qualche malattia costituzionale, la guarigione non si sia potuta ottenere coi mezzi ordinari. Allora l'articolazione rimane per lungo tempo tumefatta e dolorosa ad intervalli e spesso si prepara il terreno per un'artrite lenta.

Di raro succede che si formino degli ascessi nelle regioni circonvicine ad un'articolazione affetta da distorsione. I pochi casi da me osservati si fecero sempre nell'articolazione del piede, ma i bambini affetti da questa complicazione, non erano mai sani e robusti in modo soddisfacente. Il loro decorso fu sempre cronico. Il riguardo da usarsi nell'aprirli è questo, di non offendere i legamenti, nè la membrana periarticolare nella puntura. Questi ascessi ordinariamente hanno poca sporgenza sul tessuto che li circonda e tanto più allorquando non si può fare l'incisione perpendicolarmente alla linea interarticolare, ma solo parallela e più in alto o più in basso della medesima.

Per i motivi già ricordati più volte, la cura delle distorsioni è più importante di quanto ordinariamente credono le famiglie e il pubblico in generale. È sempre cosa ottima che il medico si pronunzi chiaramente ed esplicitamente sulle eventuali conseguenze, qualora colla cura non si riesca ad ottenere l'effetto desiderato.

Le distorsioni vanno curate in modo diverso secondo l'articolazione ammalata. Se l'articolazione affetta appartiene ad un arto inferiore, l'ammalato va tenuto a letto per tutta la durata della malattia. Per mezzo di apparecchi appositi l'arto si tiene immobile mentre si fanno delle applicazioni fredde o con pezzuole intrise d'acqua fredda, o con una vescica di ghiaccio, o bagnandole colle stesse sostanze medicamentose di cui si è detto parlando delle contusioni. Le stesse lesioni anatomopatologiche ci dànno il motivo di questo modo di cura.

Trattandosi del membro superiore, si fa la cura immobilizzandolo finchè l'ammalato sta a letto, nello stesso modo dell'arto inferiore. Essendo alzato lo si sospende al collo dell'ammalato con una larga sciarpa posta in sito dallo stesso medico, in modo che l'avambraccio sia almeno in posizione orizzontale, e, potendolo, in posizione obliqua, colla mano alzata ad un'altezza superiore di quella del gomito.

Essendo possibile, in luogo dei bagni e degli altri apparecchi si immobilizzi l'articolazione con un bendaggio semplice, che si può anche rivestire d'un leggiero strato d'amido o di silicato di potassa, per non doverlo rinnovare troppo spesso o qualora il ragazzo sia inquieto. Questo è tanto possibile da farsi quanto più presto il medico viene chiamato e non si verificò ancora tumefazione. In questo modo si assicura il riposo dell'articolazione, utilissimo alla sua guarigione, al riassorbimento del sangue stravasato, alla cicatrizzazione delle parti lacerate o stiracchiate o compresse nell'atto della distorsione, nonchè alla formazione del callo se vi fu la complicazione d'una frattura.

Dopo alcuni giorni di riposo, della cui necessità bisogna persuaderne la famiglia, proporzionati alla importanza delle lesioni ed alle complicazioni che possono accompagnarle, o che si possono temere per lo stato costituzionale del soggetto, si tolga la fasciatura e si esaminino le parti. Se la guarigione è completa, si tenga ancora l'ammalato in osservazione qualche giorno, facendo a questo scopo una fasciatura semplice. In caso contrario va fatto un bendaggio inamovibile simile al primo ed egualmente resistente, il quale va lasciato a posto per un tempo più lungo.

Gli apparecchi inamovibili sono i rimedi che finora diedero i migliori risultati, per cui li raccomando caldamente nella cura delle malattie delle articolazioni dei bambini, siano esse acute o croniche.

In principio della malattia si può coprire l'articolazione ammalata con ovatta prima di fare la fasciatura, tanto più se è dolorosa. Scomparso il dolore, e rimanendo solo un leggiero grado di idrartrosi, si può applicare semplicemente la benda sulla pelle comprimendo leggermente.

Se, non ostante la maggiore e più assidua cura, l'idrartrosi dimostrasse molta tendenza a diventare cronica, la cura locale va accompagnata da quella diretta allo stato generale presentato dall'ammalato.

In luogo della fasciatura inamovibile alcuni pratici, pur tenendo l'infermo in riposo, usano la tintura di iodio come risolvente e ad un tempo come irritante locale; adoperano altresì la pomata di ioduro di potassio, l'applicazione di cerotti di Tapsia, di pomata stibiata, le unzioni di olio di crotontiglio, o di essenza di trementina, o di senapa sciolta nell'alcool, i vescicanti, ecc.

Questi mezzi sono utilissimi nei casi leggieri; nei gravi dà sempre i migliori risultati l'immobilità dell'articolazione, tanto più quando per la costituzione poco sana dell'ammalato vi è ragione da sospettare che possa avvenire un'infiammazione lenta dell'articolazione.

I vescicanti vanno applicati non lontani, come si usava anticamente, ma proprio sopra la regione articolare ammalata, per eccitare il riassorbimento della sierosità accumulata. Sono controindicati durante la febbre, e nei bambini che hanno il sistema nervoso molto irritabile.

Sono utili i bagni termali, i fanghi, i bagni di mare, il ioduro di ferro, l'olio di merluzzo, il fosfato di calce, ecc. L'applicazione di questi ed altri rimedi spetta al medico, il quale deciderà sulla scelta da farsi secondo che le cause della malattia saranno preferibilmente costituzionali, reumatiche, traumatiche, ecc.

Delle Scottature. — Allorquando il medico è chiamato a visitare un bambino affetto da scottatura, la regione ammalata generalmente è coperta di vescicole più o meno larghe, isolate o confluenti, talvolta già vuotate del loro contenuto, il quale può essere sieroso, purulento o sanguigno.

Le regioni affette possono anche essere coperte da escare di colore grigio o nero, le quali, secondo la gravità del caso, interessano la superficie o tutto lo spessore della pelle, oppure si approfondano più o meno nel tessuto connettivo sottoposto.

Se l'infiammazione cutanea è di forma vescicolosa e poco estesa in larghezza e profondità, d'ordinario guarisce in breve tempo e senza difficoltà se il bambino è sano e robusto, purchè venga curato con diligenza dalla famiglia. Per ottenere questo effetto basta il più delle volte proteggere le vesciche dal contatto dell'aria, affinchè anche dopo la loro rottura lo strato corneo sollevato si applichi di nuovo al tessuto sottoposto e vi aderisca.

Se la scottatura produsse delle escare, il decorso della malattia è assai più lungo, perchè non si potranno curare le soluzioni di continuità sottoposte ed ottenere la loro cicatrizzazione prima che quelle si siano staccate mediante un processo d'infiammazione e di suppurazione del tessuto sul quale stanno applicate. Alcune volte il loro distacco è impedito dal penetrare che fanno talune loro parti profonde nei tessuti sottoposti, a guisa di una propaggine. Col loro distacco viene scoperta una superficie ulcerata, irregolare, suppurante, di color rosso vivo. Le granulazioni vi appariscono presto e sono molto vascolari, d'ordinario lussureggianti.

Le cicatrici derivanti dalle scottature di questo genere hanno molta tendenza a contrarsi, e la conservano per parecchi mesi di seguito; sono non di raro causa di gravi deformità e d'impedimenti nell'uso d'un membro, qualora una cura adatta non provveda fin dal principio.

Salvo che la scottatura sia grave o molto estesa, succede di raro che il bambino diventi ad un tratto soporoso, oppure che la sua temperatura si faccia inferiore alla normale in un tempo relativamente breve, eccetto che la morte sia assai vicina come conseguenza della grave scossa che ne esaurì le forze.

Piuttosto, nei casi gravissimi, giace in letto abbattuto e prostrato di forze cogli occhi semiaperti, conservando a lungo la stessa posizione nella quale fu messo l'ultima volta, emettendo di quando in quando delle grida con voce che diventa successivamente fioca; temendo che il solo avvicinarsi al letto di qualche persona, il toccare la coperta, il camminare di chi lo assiste, debbano aumentare i suoi atroci dolori.

I casi gravi sono complicati dalla congestione secondaria degli organi interni. Ne vengono quindi affetti, sovratutto, gli encefalici, quelli respiratorii, gli intestinali, e qualche volta il peritoneo e la pleura.

Queste malattie fanno il loro decorso contemporaneamente alle lesioni proprie e dirette delle scottature, i loro effetti sull'organismo si esercitano con mutuo accordo. Non dobbiamo meravigliarci se muoiono più per scottature i ragazzi e i bambini che gli adulti, tutte le volte che ad una violenta scossa primitivamente ricevuta dal sistema nervoso si unisca l'intensità della causa e del dolore, e se in seguito la profonda depressione delle forze aggiunge i suoi effetti all'esaurimento febbrile, alla mancante nutrizione, alle copiose diarree, alla respirazione incompleta, ed infine alle profuse suppurazioni di cui nulla vi ha che conduca più presto l'organismo infantile al marasmo. Si vede quindi il motivo per cui la vita versi in pericolo in un tempo minore e venga cagionata dalla paralisi generale e dall'asfissia.

Facendo l'autopsia si trovano i reliquati della congestione dell'encefalo e delle meningi coll'edema cerebrale, della congestione polmonare, o della polmonite crupale, o della broncoalveolite, rarissimamente delle lesioni pleurali. Negli organi addominali si osservano i reliquati anatomopatologici della gastroenterite acuta. Rare volte vi è soltanto la peritonite con uno scarso versamento nella rispettiva cavità.

La cura delle scottature, anche leggiere, va fatta con molta diligenza e assiduità. Bisogna far capire alle famiglie la necessità di questo modo di regolarsi per parte del medico, affinchè sappiano fin da principio da qual parte esse debbano prestarsi a porgere il loro aiuto.

È necessario mettere prima di tutto il bambino a letto, facendo in modo che il riposo sia completo, cioè vengano aboliti i rumori, sia tenuto in una mezza luce, e il suo corpicino non vada soggetto a scosse che

aumentino il continuo dolore che soffre. Si deve in seguito impedire il contatto dell'aria colla superficie ammalata, il quale è molto doloroso. Ciò si ottiene applicando larghi strati di cotone antisettico su di essa, tenendoli a posto, se occorre, con bende di garza preparate nello stesso modo.

Siccome le medicazioni di questi ammalati sono assai dolorose e di raro seguite in sul principio da sollievo, è necessario farle raramente. Soltanto nei casi in cui ognuna di esse non basti ad impedire la formazione d'una grande quantità di pus che esaurisca l'organismo, vanno fatte più spesso e in un modo più semplice. L'apparecchio sarà presto levato e più presto ancora messo di nuovo a posto, e l'ammalato soffrirà meno. Non bisogna togliere con forza gli strati di cotone applicati sulla piaga, ma inumidirli dapprima, di mano in mano che si tolgono, colla stessa soluzione leggiera di sublimato corrosivo o di acido borico, che servirà pure a lavare la superficie suppurante.

Se dei lembi di tessuto necrosati, o carbonizzati, stanno ancora aderenti al fondo di una ulcerazione, si debbono levare solo nel caso in cui le loro aderenze sono molto tenui, e mai strapparli via con forza.

Questo metodo di cura locale va accompagnato da quella generale secondo i sintomi presentati dall'ammalato, fra i quali bisogna occuparci in special modo di quelli che indicano l'adinamia ed il collasso, e quindi non conviene soltanto opporsi a questa fatale conseguenza, o ritardarla il più che è possibile, ma ancora diminuire l'intensità delle cause efficaci a produrla, come sarebbero un alto grado di febbre, una profusa diarrea, ecc.

Sostenendo l'azione del cuore con brodi concentrati, vino e pozioni eccitanti e promuovendo l'espettorazione opportunamente, si oppone un forte ostacolo all'invasione dell'asfissia che, unitamente al marasmo ed alle convulsioni, sono le più prossime cause della morte dei bambini affetti da scottature.

Le scottature di secondo grado si possono medicare nello stesso modo o più semplicemente, cioè con linimento oleocalcare preparato con acqua di calce ed olio di olivo, o di mandorle, di linseme, parti presso a poco eguali; oppure con olio o glicerina fenicata, o contenente in soluzione del sublimato corrosivo, o dell'acido borico. Si possono applicare delle pezzuole intrise di queste sostanze sulla piaga e poi coprirla con un foglio di guttaperca per impedire il suo disseccamento, che la renderebbe assai dolorosa. Per calmare gli atroci dolori delle scottature che alcune volte sono causa di convulsioni e sempre di esaurimento nervoso, sarebbero indicati i narcotici; osservo però che deprimono essi stessi il sistema

nervoso e l'attività cardiaca, per cui mi pare più utile sostenere l'uno e l'altra cogli eccitanti e coi tonici, quando il medico avrà la cura di sceglierli fra quelli che a dose regolare non sono seguiti da depressione e spiegano un'azione conservativa su tutti i tessuti dell'organismo in generale, e di quelli costituenti gli organi che abbiamo menzionato in modo speciale.

Allorquando le ulcerazioni superstiti alle scottature vanno riparandosi o cicatrizzandosi, bisogna pensare alle serie conseguenze che alcune volte hanno luogo se non si oppone per tempo un ostacolo alla retrazione cicatriziale, o se si lasciano combaciare due superficie attigue del corpo entrambe affette dalle lesioni di cui si parlò finora.

Intendo ricordare le anomalie di forma e di posizione che possono acquistare le membra, dalle quali può essere impedita in tutto o in parte la loro funzione e prodotta col tempo l'atrofia. Così il capo può venire attratto verso lo sterno o una spalla da una cicatrice del collo, la coscia verso l'addome, la gamba tenuta flessa sulla coscia da una retrazione cicatriziale nella regione poplitea, le dita di una mano venire saldate l'una coll'altra per mezzo della loro faccia interna, e così di seguito per molti altri fatti che sempre si ripetono senza essere eguali.

Da un medico previdente questi effetti si possono talvolta, ma non sempre, impedire del tutto per mezzo di cautele speciali nelle medicazioni, se si tratta di tenere lontane due superficie ulcerate coperte di granulazioni con apparecchi i quali vanno adattati ad ogni caso pratico, quasi sempre diversi da quelli già usati.

La posizione anormale delle membra si impedisce, applicando una fasciatura con un'assicella, che la mantenga nella posizione opposta a quella a cui sarebbe condotta se si permettessero gli effetti della retrazione cicatriziale, mentre nello stesso tempo si cura la piaga. Oppure, trattandosi dell'estremità inferiore e d'una scottatura lungo la sua regione posteriore, si tenga estesa con un peso o un legaccio legato ad una sbarra applicati al piede della parte corrispondente, facendo poi dalla parte opposta del letto la controestensione con un altro legaccio alla piegatura dell'inguine o inclinando nello stesso senso il letto.

Talvolta è impossibile ovviare a questi deformanti effetti, quando una scottatura distrusse tutto lo spessore del derma e il tessuto sottoposto, come si osserva, a cagion d'esempio, non tanto di raro, nelle scottature della faccia.

In tal caso può venire ristretta o stirata verso la guancia l'apertura boccale, o in basso la palpebra, o in fuori una narice; oppure il mento

può venire avvicinato allo sterno. I metodi di cura di ciascuno di questi casi pratici dipendono dal loro modo di presentarsi, per cui sono assai diversi, quantunque diretti al medesimo scopo.

L'applicazione degli apparecchi speciali, le operazioni di autoplastia e il taglio di certe cicatrici, talvolta fatti separatamente e qualchevolta contemporaneamente, non hanno un effetto sicuro. Vanno sempre decisi considerando diligentemente la gravità del fatto e il tempo da cui esiste l'anomalia.

CAPITOLO XXIII.

Les petits soins font les bons praticiens.

Brevi norme di terapeutica infantile — Della scelta ed uso dei rimedi. Della loro forma e dei modi di somministrarli.

Il medico non si rechi mai a visitare un bambino ammalato senza avere con sè il termometro. Non si fidi della sensazione ricevuta dalla mano, per quanto sia da lunghi anni abituato e pratico nell'esame della temperatura. Non basta sapere che il bambino ha la febbre, potendo questo anche essere verificato da chi assiste l'ammalato. Il medico deve saperne di più; deve cioè conoscere il grado massimo ed il minimo della temperatura giornaliera; quanto tempo dura il periodo del grado massimo, in qual'epoca del giorno o della notte succede; se l'elevazione della temperatura si fa rapidamente o con lentezza, ecc. Questi dati sono necessari per stabilire il tempo e il modo della somministrazione del rimedio e la sua dose.

Si spieghi alla famiglia, ed a chi accudisce l'ammalato, di quale utilità sia il termometro per stabilire la diagnosi e per fare la prognosi e il metodo di cura; si istruisca sul suo uso, non bastando nei casi gravi le due o tre applicazioni diurne fatte dal medico.

Essendo il bambino di carattere tranquillo e fornito di grasso, si può applicare nella cavità ascellare oppure sulla piegatura della coscia flettendola sull'addome. In caso contrario o trattandosi di neonati si fa l'applicazione rettale dopo averlo prima unto d'olio. La sua colonna segnerà cinque decimi di grado di più e si innalzerà più rapidamente.

Questo modo di applicarlo dovrebbe essere adottato senza eccezione nei bambini, e preferito allorquando si tratta di curare delle malattie adinamiche le quali sono accompagnate non di raro da un grande abbassamento della temperatura cutanea.

Con simile mezzo si può verificare un fatto, non tanto raro nelle malattie infettive acute e specialmente nella febbre tifoidea e nella scarlattina, cioè che l'esacerbazione febbrile in luogo della sera avviene nel

mattino, senza che la febbre sia stata menomamente perturbata dalla somministrazione di rimedi.

Non si può negare che qualche volta il massimo grado di temperatura viene ritardato di alcune ore perchè il febbrifugo fu preso in quantità maggiore del normale, o in un tempo più breve del solito, o perchè possiede un'azione accumulatrice.

Nelle malattie infettive acute di lunga durata si osserva alcune volte il fatto, che essendo il massimo della temperatura febbrile di sera vicino ai 40° C., il minimo nelle prime ore mattutine è vicino ai 37°, e talvolta inferiore.

Questo periodo di tempo, tanto propizio al sonno dei bambini febbricitanti, sfugge talvolta all'osservazione medica per essere già di nuovo aumentata la temperatura verso l'epoca della visita mattinale consueta.

Risulta quindi, anche da queste osservazioni, come sia necessario il ripetere nelle ore della notte l'applicazione del termometro, e come non sia tanto contraria al vero l'asserzione che le febbri delle malattie infettive seguano il tipo intermittente.

Le malattie febbrili dei bambini terminano non di raro con crisi, durante le quali la temperatura nello spazio di poche ore si abbassa di due o tre gradi al di sotto del grado normale. Questo repentino cangiamento va alcune volte accompagnato da fenomeni particolari, come una abbondante secrezione di sudore freddo, seguita molte ore dopo da una maggior quantità di sostanze depositate nelle orine, più attiva espettorazione, prostrazione di forze, polso piccolissimo, ecc.

In questi casi bisogna badare che l'abbassamento della temperatura non oltrepassi i limiti tollerati dall'organismo del bambino ammalato. Per cui si deve aiutare la reazione con bevande eccitanti calde, bagni caldi, rivulsivi cutanei, fregazioni semplici o con balsamo di Opodeldoch, olio canforato, ecc., tanto più se l'ammalato è molto debole.

Il numero dei rimedi che il medico usa abitualmente nella cura delle malattie infantili deve essere limitato, come anche quelli adoperati in ciascun caso pratico: così facendo egli acquisterà una cognizione più perfetta sul modo d'agire d'ognuno di essi, relativo anche alla forma ed alla dose con cui si suole somministrarlo.

Non si prescrivano rimedi senza assoluta necessità e se non vi è una precisa indicazione.

La cura aspettativa, la quale esige una lunga e profonda conoscenza dell'organismo dell'ammalato da curare, ed una pratica acquistata col lungo esercizio dell'arte medica, non può nè deve essere applicata in tutti

i casi, ma solo nei leggieri, e mai nelle malattie febbrili di lunga durata, quantunque il loro decorso sia ciclico e indipendente affatto dall'azione dei rimedi; e malgrado si possano anche considerare presuntivamente siccome ben sopportate da bambini robusti, ben sviluppati e nati da genitori sani.

È impossibile che in tutto il decorso della malattia non si presenti qualche indicazione importante da soddisfare, se pure non vi è quella di moderare la temperatura febbrile eccessivamente alta, d'impedire i suoi effetti distruttivi, di opporsi e prevenire, per quanto si può, i fenomeni adinamici consecutivi dipendenti dal cuore o dal sistema nervoso.

Il mettere il bambino a letto, riducendo al minimo il movimento del ricambio molecolare del suo organismo colla minima nutrizione richiesta anche dallo stato febbrile e da quello delle vie digerenti; il togliere tutti gli eccitamenti dei sensi e l'abolire tutte le occupazioni intellettuali non significa, per me, curare la malattia. Queste circostanze contribuiscono a moderare i movimenti del cuore e della respirazione, le funzioni del sistema nervoso e a favorire il sonno e le diaforesi; condizioni adatte onde venga limitata la distruzione dell'organismo cagionata dalla febbre, e, nelle più favorevoli, onde i rimedi possano far sentire il loro effetto nel modo desiderato dal medico e necessario al benessere dell'ammalato.

Vanno totalmente aboliti nella terapeutica infantile i metodi curativi, i quali producono il loro effetto deprimendo le funzioni del sistema nervoso e vascolare, e che alterano anche indirettamente la crasi sanguigna esercitando un'azione distruttiva sugli elementi dei tessuti.

Siccome i rimedi, generalmente parlando, non esercitano soltanto il loro effetto sull'organo ammalato ma ancora su di altre parti dell'organismo mediante il sistema vascolare ed il nervoso, così succede soventi che l'effetto prodotto sugli organi sani preceda quello che si desidererebbe ottenere su di quelli ammalati: ossia che si manifestino gli effetti secondari del rimedio, i quali indicano la loro sospensione, non di rado, essendo i primi sintomi che annunziano l'avvelenamento.

Sarebbe un esempio di effetto secondario la dilatazione della pupilla in seguito dell'uso esterno o interno dell'estratto di belladonna, le coliche intestinali dietro l'uso del liquore arsenicale del Fowler, ecc.

Queste conseguenze, alle quali il medico deve sempre pensare allorquando cura un bambino, e tanto più quando gli somministra per la prima volta uno di quei rimedi che chiamavansi *eroici*, dipendono da una dose assolutamente eccessiva o da troppo frequente sommini-

strazione delle parti nelle quali essa venne divisa, ed ora dall'idiosincrasia individuale.

Per ovviare a questi inconvenienti, che possono diventar gravi, tanto più quando il medico non può visitare spesso l'ammalato, occorre incominciar sempre dalle minime dosi giornaliere, divise in un grande numero di parti, somministrate a epoche regolari, e che in appresso potranno variare secondo l'osservazione fatta dal medico sull'effetto ottenuto. Se poi gli irregolari effetti fisioterapeutici dipendono dall'idiosincrasia individuale che si ribella alla natura del rimedio, allora è ottima cosa sceglierne un altro.

Allorchè l'indicazione dei sintomi della malattia richiede l'uso di due o più rimedi nello stesso giorno, il medico dovrà cercare di semplificare il modo di somministrarli, tanto relativamente all'ammalato, quanto di chi gli sta vicino per aiutarlo. Quando è possibile, si uniscano nella stessa mistura, purchè non ne resti alterata, nè disgustosa o diffficile da assorbirsi. Oppure se ne dia uno di giorno ad epoche prescritte e l'altro di notte. Potendolo, infine, se ne somministri uno solo, il quale unisca i due effetti da ottenere. Così, per esempio, il salicilato di soda può servire ad abbassare la temperatura e ad eccitare la diaforesi; è un ottimo febbrifugo ed antireumatico e mantiene calma la febbre; come disinfettante locale può diminuire una diarrea che la accompagna ed ha eziandio il vantaggio che si può sciogliere in qualunque veicolo acquoso o infuso a norma degli effetti che se ne aspettano. Infine, l'infuso d'ipecaquana può calmare una diarrea ed eccitar l'espettorazione; il tannino può moderare una diarrea sierosa, gli eccessivi sudori notturni ed un'abbondante bronco-blenorrea; il chinino i profusi sudori e la eccessiva temperatura, e così di seguito per molti altri.

I modi d'introdurre la sostanza medicamentosa nel corpo e di ottenere il suo passaggio nel sangue per essere portato nell'organo che deve subirne l'effetto sono tre, cioè: l'introduzione per le vie digerenti superiori; quello dell'intestino retto e per mezzo di esso nel colon, i quali lo assorbiscono lentamente; e infine l'iniezione ipodermica. Questa è applicabile nei bambini più che negli adulti per la piccolezza della dose adatta alla loro età e per la rapidità maggiore con cui si ottiene il loro effetto dopo l'assorbimento.

Ammesse queste tre vie, si possono contemporaneamente utilizzare, qualora si presentino le rispettive indicazioni, e se è assolutamente necessario prescrivere molti rimedi. In questo modo il ventricolo non resta tanto ingombrato dalle medicine e la sua mucosa non viene soverchiamente

irritata dalla loro dimora e dal passaggio di sostanze aliene dalla sua funzione.

Osservo che il clistere medicamentoso deve essere piccolo, e quasi della stessa temperatura dell'organismo, affinchè non ecciti le contrazioni dell'intestino retto, nè venga restituito, nel qual caso andrebbe rinnovato, ed inoltre perchè si assorbisca in poco tempo.

Va preceduto da una iniezione rettale evacuante d'acqua fresca, o acqua e olio, ecc.; questa deve essere molto abbondante affinchè l'effetto sia sicuro.

La dose del rimedio da introdursi per mezzo del clistere è la stessa che si prescriverebbe giornalmente se si dovesse somministrare per le vie digerenti superiori. Venendo assorbito lentamente, se si trattasse di ottenere un dato effetto in un tempo prefisso, si dovrà anticipare la sua somministrazione.

Osservando come l'eliminazione d'una sostanza medicamentosa dell'organismo si faccia tanto più rapidamente quanto più trovasi in piccole quantità, per mantenerne continuamente nel sangue e nei tessuti conviene dividere la dose giornaliera in vari clisteri da apporsi lungo il giorno.

Coll'iniezione ipodermica il rimedio passa direttamente nel sangue senza subire delle trasformazioni nel tubo digerente ed essere eliminato in parte colle materie fecali. La sua dose giornaliera va ridotta al quinto di quella prescritta per le altre vie: essa va sciolta in altrettanti grammi di acqua distillata, quante sono le iniezioni che si debbono fare.

La miglior forma di prescrivere i rimedi, a tutti è noto essere la liquida, se non che è poco accettata dai ragazzi perchè con essa sentono il sapore non sempre gradevole, nè correggibile. In questo caso, ove non si voglia introdurli colla clisopompa, si possono dare sotto forma di polvere, in vari modi, ed anche in pillole.

Se il rimedio prescritto va somministrato a dosi piccolissime e ripetute, le quali per niun conto vanno oltrepassate, si può far prendere ognuna di esse volta per volta in un cucchiaino di sciroppo, o di soluzione gommosa aromatizzata, o avviluppate in un'ostia, facendo soprabere dell'acqua.

Colla forma pillolare si possono dividere assai bene le dosi; osservando che non riescano troppo dure, affinchè vengano facilmente intaccate dai liquidi intestinali e dall'acqua bevuta dopo ognuna di esse.

Se il rimedio che si dà in polvere non si assorbisce nel sangue ed è destinato ad esercitare un effetto locale sulla mucosa degli intestini,

come sarebbe il magistero di bismuto, si può sospendere nella mucilaggine di gomma arabica aromatizzata, avvertendo chi assiste l'ammalato di agitare la boccetta volta per volta che ne somministra qualche dose; a meno che si preferisca prescriverlo in cartine, come fu detto di sopra.

La dose del rimedio va adattata all'età, allo sviluppo, alla robustezza dell'ammalato, al diverso grado di nutrizione del suo organismo ed infine all'effetto da produrre in modo più o meno rapido ed energico.

Si tenga conto della varia sensibilità del gusto dei bambini per certi rimedi e, potendolo, si uniscano dei correttivi onde renderli aggradevoli.

Il rifiuto di alcuni bambini di prendere le medicine, il restituirle col vomito dipende, non di rado, dal loro cattivo sapore; la ripugnanza di alcuni di essi a riceverli per mezzo di clisteri non debbono subito risolvere il medico di astenersi dal prescriverli, ma solo di cercare una forma più conveniente ed adattabile. Se il clistere è impossibile si sceglieranno altre forme.

I medici, che assistono di frequente bambini ammalati, sanno per prova di qual valore sia in alcune circostanze una parola gentile, una carezza, un sorriso rivolto ad un ragazzo ostinatello; e come sia utile, alcune volte, per ottenere delle decisioni *eroiche*, lo stuzzicare gradevolmente l'amor proprio dei loro piccoli ammalati, anzichè comporre il volto a serietà.

CAPITOLO XXIV.

Quam paucis remediis curantur pueri aegroti!

Dei principali sistemi di rimedi che si usano nella cura delle malattie infantili e della dose adatta all'età — Dei Febbrifughi — Dei Bagni — Della Cura idropatica — Dei Purganti — Degli Espettoranti — Dei Diuretici — Dei Rivulsivi cutanei — Della Cura elettrica — Dei Narcotici più da usare — Dei Ferruginosi — Dei Risolventi — Delle Emissioni sanguigne.

Dei Febbrifughi, ed in particolare del chinino e del salicilato di soda. — Gli antipiretici che usiamo per curare i bambini nell'Ospizio sono: il salicilato di soda ed i vari sali di chinino; più di raro l'antipirina, la fenacetina e gli altri recenti antitermici. La preferenza concessa ai primi dipende dal fatto, che non solo abbassano la temperatura febbrile, qualunque sia la malattia che la produce, infettiva, infiammatoria, reumatica, ecc., ma agiscono eziandio come antisettici locali e generali.

Quando, per cause particolari, non si riesce col loro uso a calmare la febbre, si rallentano pur sempre i processi di metamorfosi retrograda, la denutrizione consecutiva dei tessuti albuminoidi e l'inerzia funzionale che ne deriverebbe per l'azione conservatrice esercitata da questi rimedi sui tessuti e sui globuli rossi del sangue.

Il salicilato di soda promuove la diaforesi indipendentemente da qualunque altro effetto che esso sia chiamato a esercitare. La temperatura febbrile talvolta è abbassata da esso più notevolmente che non faccia il chinino, tanto più se si tratta di malattie reumatiche. È antisettico, più locale che generale; solo che non possiede come il chinino la proprietà d'essere tonico per il sistema nervoso e di rallentare e rinforzare la sistole cardiaca ed il polso, anche quando è dato a dosi piccole e rifratte. Questi effetti si osservano soltanto secondariamente, e di mano in mano che il salicilato di soda abbassa la temperatura.

Ne viene la conseguenza che urgendo ottenere questi effetti prima che la temperatura sia abbassata, converrà ricorrere di preferenza al solfato di chinino, o unire questo, o gli eccitanti, al salicilato di soda.

L'unione cogli eccitanti si può fare in vari modi: cioè facendo sciogliere direttamente il rimedio in un'acqua aromatica o infuso aromatico caldo, nel vino, oppure nell'acqua comune, alla quale si aggiunge della tintura vinosa di Huxam, o dell'elisir di china, o alcune goccie di elisir anodino Hofman, di tintura di cannella, di muschio tonquinese, secondo che l'effetto da ottenere è più o meno urgente, come si scorge da queste formole:

P.	Salicilato di soda	grammi	uno
	Acqua comune	»	quaranta
	Sciroppo comune	»	dieci
	Tintura di cannella	»	uno

(A cucchiaini; a cinque anni d'età).

P.	Solfato di chinino	centigr.	cinquanta
	Acqua acidulata	grammi	quaranta
	Elisir di china	»	venti:

oppure:

	Tintura vinosa di Huxam . . .	»	quindici

(A cucchiaini; a cinque anni).

P.	Solfato di chinino	centigr.	quaranta
	Acqua acidulata	grammi	quaranta
	Tintura di muschio tonquinese .	goccie	dieci fino a venti

(A cucchiaini; nei bambini di tre o quattro anni).

P.	Decotto di china	grammi	sessanta
	Tintura vinosa di Huxam	»	venti

(A cucchiaini; dai due anni in più aumentando la dose della tintura di Huxam).

Un altro vantaggio non dispregevole del salicilato di soda, e che favorisce molto il suo uso nella cura delle malattie infantili, sta in ciò che il suo gusto è facilmente mascherato dai correttivi, e che di qualunque natura sia il solvente, il rimedio non subisce mai, o di raro, come il chinino, delle combinazioni chimiche le quali ne annullano gli effetti alterandone la natura, e rendendolo insolubile.

Il chinino ha un'azione antitermica qualche volta minore del salicilato di soda, però la sua dose si può aumentare senza che l'ammalato venga eccessivamente disturbato dai fenomeni cerebrali e intervengano presto quelli di depressione di forze, sudori freddi, ecc. È più efficace disinfettante generale che locale, non promuove l'azione della pelle, ma non l'impedisce nemmeno se ciò è richiesto dall'andamento della malattia.

Altre differenze che distinguono questi due antipiretici sono la minore

solubilità del salicilato di soda nell'acqua, ciò che impedisce di usarlo per iniezione ipodermica, — e il suo assorbimento più lento, qualunque sia la mucosa colla quale è in contatto.

I metodi di somministrazione di questi due antipiretici nei bambini sono tre. Col primo si propinerebbe il rimedio a cucchiaini, ad intervalli regolari, sino a che sia tutta presa la dose giornaliera fissata dal medico. Così, non ostante la continua eliminazione, una parte anche piccola rimarrebbe continuamente nel sangue e nei tessuti. Non si ottiene però in questo modo un notevole abbassamento di temperatura, per il quale occorrono dosi maggiori introdotte in un intervallo di tempo minore e da assorbirsi più rapidamente. Si ottiene però, se si tratta del chinino, un effetto tonico sul sistema nervoso, sul cuore, sul polso, ecc., e l'azione antisettica del rimedio sui tessuti è più efficace perchè continua.

Il secondo metodo consiste nel somministrare il rimedio antipiretico di sera o di notte nella dose giornaliera divisa in due o tre parti, nello spazio di quattro o cinque ore.

In questo modo l'abbassamento della temperatura febbrile, che succede ordinariamente nelle ore mattutine, sarebbe aiutato dall'effetto del rimedio.

Questo è forse il miglior metodo di curare la febbre delle malattie acute; bisogna però badare che la dose adatta introdotta repentinamente nel sangue, e in quantità eccessiva relativamente al tempo, non produca gravi fenomeni di depressione di forze nerveovascolari, molto simili a quelli dell'algidità, e quindi ben diversi da quelli che ha intenzione di ottenere il medico nell'interesse del suo piccolo ammalato.

Questo metodo offre inoltre il vantaggio di permettere l'uso di altri rimedi nelle ore in cui non si fa la sua somministrazione.

Il terzo metodo consiste nel dare il febbrifugo durante la defervescenza febbrile onde impedire la prossima effervescenza. Con essa si ottiene qualche volta che l'esacerbazione febbrile in luogo della sera avvenga nel mattino, per cui la diminuzione successiva della temperatura facendosi di sera si somministrerebbe il rimedio allora o nella notte. Così, se si ottenessero gli effetti desiderati, si cangierebbe la febbre a tipo regolare in altra a tipo irregolare con poca utilità per l'ammalato e poco ordine nella cura.

Spero che non sarà discaro ai miei lettori di vedere, tanto alla fine di questo paragrafo quanto di tutti gli altri componenti il presente capitolo, dei piccoli quadri rappresentanti le dosi dei rimedi da somministrarsi giornalmente nei primi anni di vita. Questi dati furono raccolti e sperimentati, nello spazio di parecchi anni, nell'Ospizio e nella clientela cittadina.

Li inserisco in questa Operetta per essere adatti allo scopo per cui la scrivo, e che procurai di rendere il più pratico possibile.

Ricordo però che le dosi variano non solo secondo l'effetto da produrre, ma ancora secondo l'età, lo sviluppo relativo, la buona o cattiva nutrizione del bambino, la sensibilità del suo sistema nervoso e secondochè è o no esaurito da malattie sofferte. Quelle che propongo non sono assolute; si possono, a norma delle suddette circostanze, aumentare o diminuire a beneplacito del curante; sarà bene adottare da principio le minime.

I quadri comprendono le dosi sufficienti ordinariamente nei primi sette anni di vita. Così del chinino in forma di sale si somministreranno:

ad anni	sette	centigrammi	settanta
»	sei	»	sessanta
»	cinque	»	cinquanta
»	quattro . . .	»	quaranta
»	tre	»	trenta
»	due	»	venticinque
»	uno	»	venti
a mesi	sei	»	dieci.

La quantità dell'acqua distillata varierà secondo il modo di somministrazione. Se si vuole fatto epicraticamente si deve far sciogliere il rimedio in una quantità di veicolo che possa essere diviso in dieci o dodici cucchiaini. Il cucchiaino da caffè contenendo circa quattro grammi d'acqua distillata, si potrà scrivere a cagion d'esempio:

P. Solfato di chinino . . . centigr. sessanta
Acqua acidulata . . . . grammi quaranta
(Un cucchiaino ogni due ore).

Se invece la somministrazione del rimedio si dovesse fare col secondo metodo, si può prescrivere a parità di dose una minor quantità di acqua, come si osserva nella formola seguente:

P. Solfato di chinino . . . . centigr. cinquanta
Acqua acidulata . . . . . grammi trenta
(Da prendersi in tre volte nella notte, con un'ora d'intervallo tra una volta e l'altra).

La somministrazione per mezzo di polveri si prescriverebbe in questo modo:

P. Solfato di chinino . . . . centigr. settanta
Divisi in otto dosi eguali d. p. lungo il giorno con ostie
(A sette anni).

La prescrizione si può anche fare in un altro modo allorquando si prevede che il febbrifugo va usato alcuni giorni di seguito. Cioè si prescrive una soluzione di un gramma di solfato di chinino in cento grammi d'acqua acidulata. Siccome ogni cucchiaino di essa contiene quattro centigrammi di rimedio attivo, se ne possono somministrare giornalmente quanti sono necessari onde coprire la dose richiesta: cioè cinque cucchiaini al giorno ad un anno; sei o sette a due, e così di seguito; il primo metodo è migliore.

Volendo introdurre il rimedio sotto forma di clisteri si deve far sciogliere la dose giornaliera in una quantità di acqua sufficiente per tre o quattro dei medesimi secondo l'età. Così ad un anno di età cento grammi di acqua possono servire di veicolo a quattro clisteri. A due anni si prescriverà la dose adatta, sciolta in duecento grammi, e così di seguito nelle altre età, avvertendo che i clisteri non vanno somministrati tanto abbondanti affinchè vengano trattenuti e assorbiti in poco tempo.

P. Solfato di chinino grammi uno }
Acqua acidulata » trecento } a sette anni
(Per quattro clisteri);

oppure:

P. Solfato di chinino centigr. trenta }
Acqua acidulata grammi cinquanta } a sette anni
(Per un clistere).
Da ripetersi secondo la prescrizione.

Il salicilato di soda si somministra a dose assai maggiore del chinino, come si vede dal seguente specchio:

ad anni	sette	grammi	uno e mezzo
»	cinque e sei . .	»	uno
»	quattro	centigr.	sessanta
»	tre	»	cinquanta
»	due	»	quaranta
»	uno	»	trenta
a sei mesi		»	venti.

Il modo di darne la soluzione è identica a quella del chinino, tanto per la somministrazione per clistere come dalle vie superiori del tubo digerente.

Ma il metodo più sicuro e dirò eziandio più innocuo per diminuire la temperatura è il bagno.

L'Antipirina è anche molto usata nelle malattie febbrili dei bambini per la proprietà che possiede di rallentare il movimento chimico molecolare, di abbassare la temperatura e di favorire la secrezione del sudore. Oltre agli stati febbrili va altresì raccomandata nei disturbi nervosi i quali si riferiscono alla motilità ed alla sensibilità. È utile nelle nevralgie, specialmente della testa e dei nervi della faccia, nel prurito cutaneo, sintomo di alcune dermatosi. Trattandosi di bambini andrebbe ancora molto sperimentata prima di raccomandarla nella cura dell'epilessia, dell'eclampsia e della corea, come già si fece e dove i suoi effetti non sono sinora sicuri.

Non si può negare l'effetto deprimente di questo rimedio sul cuore, sul polso e sulla respirazione, per cui non sono eccessive le cautele da raccomandarsi a chi ne fa uso la prima volta presso un bambino che non ha ancora curato.

Il modo di somministrazione dell'antipirina va basato, non solo su di questa circostanza, ma ancora sulla proprietà di assorbirsi facilmente e di eliminarsi rapidamente dall'organismo. Sono abituato a farla somministrare a dosi piccolissime e ben vicine, trattandosi di calmare la febbre non appena il termometro oltrepassa i 38° C. e per impedire un ulteriore aumento. Ogni ora faccio somministrare un cucchiaino della soluzione adatta all'età; sospendo il rimedio quando la temperatura durante alcune ore è stazionaria, o quando sono certo che la febbre va decrescendo spontaneamente senza il concorso della medicina, come avviene il più delle volte nelle prime ore del mattino.

Non insisto nell'uso dell'antipirina quando con essa non posso impedire una temperatura di 39°,5 C. o di 40° C., oppure non la prescrivo la prima volta che visito l'ammalato se la febbre raggiunge questo grado fin d'allora, come pure se l'aumento dai 38° C. ai 40° C. o più si fa troppo rapidamente. In questi casi uso i bagni e il chinino a dose tonica.

Nelle nevralgie la faccio somministrare durante gli accessi e fintantochè durano o almeno diventino tollerabili.

Le dosi dell'antipirina che posso offrire ai miei lettori sono le seguenti:

ad anni	otto	grammi	uno
»	sette	centigr.	ottanta
»	sei	»	sessanta
»	cinque	»	cinquanta
»	quattro	»	quaranta
»	tre	»	trenta
»	due	»	venticinque
»	uno	»	quindici.

Queste dosi vanno sempre sciolte in un'acqua aromatica edulcorata affine di correggere il sapore della medicina, come:

P. Antipirina . . . . grammi uno
Acqua di anice edulcorata . . » cento
(A cucchiaini).

Se unitamente all'effetto febbrifugo o anodino si desiderasse un effetto espettorante, raccomando la seguente:

P. Antipirina . . . . centigr. cinquanta
Acqua di anice edulcorata . . grammi quaranta
Tintura di lobelia inflata . . . goccie trenta
(A cucchiaini).

La **Fenacetina** da qualche anno entrò nella terapeutica infantile e l'uso ne va mantenendosi per le sue proprietà antitermiche rapide, pronte ed analgesiche; queste vanno riferite al fatto che non viene trasformata in nessun modo dai succhi digestivi, ma assorbita nel sangue colla medesima costituzione chimica colla quale viene introdotta, non ostante che si possa considerare come insolubile nelle dosi terapeutiche con cui è ordinariamente prescritta.

Relativamente ai suoi effetti sull'elevazione della temperatura osservo come, per la rapidità con cui si ottengono, è naturalmente indicata allorquando un eccessivo calore febbrile è accompagnato da sintomi di collasso, i quali, dietro l'uso delle dosi adatte, diminuiscono d'intensità non perchè il rimedio eserciti un'azione speciale tonica, al pari dei chinoidei, sul sistema nervoso, sulla circolazione e sulla respirazione, ma per la diminuzione della temperatura, che permette alle funzioni relative il ritorno allo stato fisiologico, il quale favorisce eziandio gli atti nutritivi diretti al medesimo scopo.

La sua azione sedativa la fece usare da qualche pratico nella pertosse, nelle nevralgie, nei dolori dipendenti dal reumatismo articolare acuto ed infine a calmare lo stimolo alla tosse nelle bronchiti dei bronchi minori e nel catarro degli alveoli polmonari. Colla fenacetina si otterrebbero i due effetti se queste malattie fossero accompagnate da febbre, od uno solo in caso contrario.

L'effetto calmante nello stimolo della tosse non è sempre ottenuto secondo i desiderii del medico e il vantaggio che deve ricevere l'ammalato, giacchè in alcuni casi vidi che mancava del tutto, in altri lo stimolo della tosse era talmente diminuito che il catarro accumulato nelle vie bronchiali cessava di eliminarsi, per cui insorgevano dei fenomeni di

prostrazione di forze e di asfissia. Naturalmente è noto che nelle osservazioni relative all'effetto dei rimedi è cosa assai difficile in alcuni casi lo schivare il *propter hoc*..... Nessuno, spero, mi farà il torto di non riconoscere l'esito delle mie osservazioni ed i miei apprezzamenti, la cura e gli effetti, diretti al solo scopo di scoprire la verità.

La dose la ritengo eguale a quella del salicilato di soda, di cui, nell'adulto, la massima sarebbe di cinque grammi. All'età di sei o sette anni consiglierei di non oltrepassare il gramma giornaliero, diviso in otto o dieci dosi da somministrarsi ogni ora, cominciando dal momento in cui la febbre oltrepassa i 38° C., e continuando il rimedio fintantochè la temperatura siasi di nuovo abbassata fino a tal grado. Questa regola è tanto più da seguirsi se le esacerbazioni sono vespertine; così facendo l'effetto del rimedio accompagna la tendenza naturale alla defervescenza che succede nelle prime ore del mattino.

Come sedativo prescrivo la dose giornaliera divisa in cartine, come dissi di sopra, una ogni due ore, o anche ogni ora secondo l'effetto già ottenuto e quello da ottenersi.

Nelle nevralgie e nella tosse spasmodica, nelle quali il rimedio va usato come sedativo, non osservai effetti superiori agli altri. Potrebbe darsi che i colleghi, i quali l'hanno usata, l'abbiano prescritta nelle dosi maggiori.

So che farei cosa molto grata ai miei lettori se dessi ancora qualche cenno di altri rimedi nuovi e utili anche nella terapia dei bambini; ma osservo che il mio libro ha un indirizzo pratico; non è destinato a discutere l'uso e l'efficacia di questi e di altri rimedi, ma di offrire ai lettori le regole per dosarli e somministrarli; tanto più che i medesimi sono tuttora allo studio e sotto l'osservazione, nè mi trovo in grado di stabilirne le dosi con certezza.

Il metodo più sicuro e più innocuo di abbassare la temperatura e di calmare il sistema nervoso dei bambini è il bagno.

Dei Bagni. — Il metodo che seguo nella loro applicazione è il più semplice di tutti, cioè il bagno a 30° o 33° C. prolungato oltre un'ora, se è possibile, e non potendo far diversamente per l'irrequietezza del bambino, anche della durata di una sola mezz'ora. Dopo la prima applicazione alcune volte, ma non sempre, li faccio dare nelle successive colla temperatura di 29° o 30° C. La diminuzione di questa è sempre certa. Dopo di essi il bambino dorme qualche ora di seguito, durante il qual tempo la temperatura si innalza di nuovo, se l'immersione fu breve, ma non raggiunge più il grado primitivo. Secondo i casi ne prescrivo uno o

due al giorno, facendo applicare spesso il termometro da chi assiste il bambino. Il minimo della temperatura che lo indica per me sono i 39° C. Tutte le volte che fin dalla prima visita trovo una temperatura rettale superiore ai 40° con fenomeni di adinamia e di collasso, lo prescrivo immediatamente.

Contemporaneamente al suo uso si possono somministrare gli altri rimedi come gli espettoranti, quindi il solfato di chinino quale tonico al terzo della dose secondo l'età, senza temere congestioni agli organi interni, chè anzi il bagno produce l'effetto opposto per la dilatazione dei capillari che segue la sua applicazione e i fregamenti consecutivi destinati ad asciugare la pelle.

Della Cura idropatica. — La cura idropatica nei bambini si deve incominciare dopo compiuti i quattro anni, se sono robusti; più tardi, in proporzione, nel caso contrario. È in queste età che si ottengono i migliori effetti destinati a rinforzare la costituzione organica, ad impedire gli effetti delle diatesi congenite, ad eccitare l'attività del movimento chimico molecolare e con essa la nutrizione. Si deve incominciare abituando gradatamente il ragazzo immergendolo le prime volte in un bagno, la temperatura del quale non oltrepassi i 30° C. Questa operazione ripetuta due o tre giorni di seguito va sempre seguita dalla reazione fatta con esercizi ginnastici, passeggiate, ecc. In seguito durante ogni immersione si abbasserà gradatamente la temperatura dell'acqua di due o tre gradi al giorno in modo da raggiungere in pochi giorni i 18° o i 20° C. Si tenga conto, dopo queste preliminari operazioni idropatiche, del tempo impiegato a fare la reazione onde potersi regolare nelle successive.

Dopo di esse si può passare alle spugnature fatte con acqua fredda, alle doccie a pioggia, alle circolari, ecc. Queste non debbono durare più di pochi secondi le prime volte, nè più d'un minuto o due in seguito ed in proporzione della bassa temperatura dell'acqua e della robustezza del ragazzo, ecc. La loro temperatura deve essere di 20° C. la prima volta e va abbassata fino a 18°-15° le successive. La durata di queste applicazioni può prolungarsi qualora la temperatura dell'acqua si mantenga costante.

Gli impacchi freddi sono eziandio utilissimi per ottenere tutti gli effetti che si propone l'idroterapia sui ragazzi. Si incominciano colle stesse norme relative alla temperatura di cui si disse di sopra, oppure si spremono di più, nelle primitive applicazioni, le lenzuola colle quali si deve avvolgere il paziente, successivamente di meno nelle altre, fintantochè si possa applicarle ben bagnate ad una bassa temperatura. Incominciando a

farli alla temperatura di 25° o 30° C. si possono risparmiare le primitive immersioni a temperatura gradatamente crescente, di cui si tenne parola. S'intende che sull'impacco si deve aggiungere una coperta di lana.

Affinchè la cura idroterapica spieghi i suoi immensi vantaggi diretti ad aumentare la tonicità del sistema nervoso, in modo da rendere più robusta la costituzione ed a modificare la nutrizione e la funzione della pelle anche relativamente agli organi interni, si deve continuare con quella costanza ed assiduità per molto tempo di seguito, e ripeterla ogni anno; giacchè sono insufficienti i quindici o venti giorni di fermata degli ammalati negli stabilimenti, come si usa fare dagli adulti.

I bagni contenenti in soluzione dei rimedi sono usati sia per ottenere qualche effetto locale sulla pelle ammalata, sia per modificare la sua nutrizione, la funzione e la sensibilità; sia perchè essendo assorbiti da essa la sostanza medicamentosa, sciolta, modifichi la costituzione generale dell'ammalato e qualche malattia da essa dipendente. Per ottenere questi vari risultati si usano i bagni di mare, i solforosi e iodurati; ora quelli contenenti sostanze astringenti, ora quelli aromatici, ora gli emollienti, ecc. dei quali sarà detto negli appositi paragrafi. La loro temperatura sarà sempre vicina ai 30° C. e si prolungheranno più di mezz'ora. Saranno preceduti da bagni ordinari e da fregazioni di sapone, affinchè staccandosi lo strato corneo dell'epidermide la pelle possa imbibirsi del liquido medicamentoso ed i suoi capillari possano assorbirlo e portarlo in circolazione.

Dei Purganti. — Sono molto usati nella cura delle malattie infantili. Presso le famiglie sono un rimedio comunissimo destinato ora ad espellere dei vermi, ora a scacciare la materia *peccante*, ora a curare una indigestione, ora una febbre, ora le convulsioni, ecc.

È constatata seriamente dagli stessi medici la loro utilità. I bambini sono più degli adulti predisposti ai catarri gastroenterici lenti o cronici accompagnati da diarrea o da stitichezza: più che a questi la variante alimentazione produce loro sconcerti intestinali, ed in seguito il meteorismo, per essere più cedevole la parete addominale, causa il piccolo sviluppo dei muscoli e delle aponeurosi che debbono limitarne l'estensione; può venire impedita la libera evoluzione del diaframma o spostato in alto e con esso la punta del cuore, per il che ne avviene secondariamente la stasi sanguigna polmonare e la congestione cefalica a motivo della deficiente estensione dei suoi movimenti. Inoltre la difficoltata defecazione può dar origine ad ernie, prolassi, ecc.

Indipendentemente da tutte queste cagioni i purganti servono come

rivulsivi intestinali, sia che diminuiscano semplicemente la pressione del contenuto enterico sui capillari della mucosa, sia che esercitino una irritazione destinata ad accumulare in essi una maggior quantità di sangue, la quale abbandonerebbe altre parti del corpo. Talvolta eccitando la secrezione della bile disinfettano indirettamente l'intestino ed espellono da esso le materie nocive mal digerite, ecc.

Sono eziandio usati per mezzo di clisteri, in casi eccezionali, in cui il vomito espellerebbe il rimedio introdotto nel ventricolo; quando una particolare stitichezza con grave meteorismo va curata e risolta con premura, o si tratta di scacciare dal retto e dal colon delle materie fecali e delle mucosità aderenti alle pareti che si opporrebbero sia alla introduzione del rimedio, sia al suo assorbimento.

I purganti più usati nei bambini sono l'olio di olivo, la manna, l'olio di ricino, il calomelano, la senna, il rabarbaro, la radice di gialappa e pochi altri, di cui si regolerà l'uso, la dose e la somministrazione secondo l'idiosincrasia personale del bambino e l'effetto da ottenere, cioè secondo che si tratterà solo di eccitare la tonaca muscolare dell'intestino, onde espellere elminti, materie fecali accumulate, oppure si vorrà ottenere un'azione irritante locale per curare organi lontani.

In quanto al modo di usare i suddetti rimedi dirò nei relativi paragrafi, dando ora soltanto la dose dei principali, relativamente all'età.

Il **Calomelano** a vapore si somministra alle seguenti dosi:

ad anni	sette	centigrammi	quaranta
»	quattro	»	trenta
»	due	»	venti
»	uno	»	quindici.

Si prescriverà in cartine contenenti cinque o dieci centigrammi di rimedio, che si somministreranno lungo il giorno in uno dei modi che si è detto per le polveri.

La **Radice di gialappa**, tanto utile nella cura delle malattie dei bambini, allorchè si tratta di ottenere una forte rivulsione intestinale, si prescrive nelle stesse dosi del calomelano e si somministra nello stesso modo. Essendo più irritante si darà solo ai bambini di alcuni anni di vita, a cominciare quindi da quattro anni.

La **Radice di rabarbaro** si prescrive ai lattanti sotto forma di sciroppo; per accrescerne l'effetto, si può aggiungervi manna, cicoria, qualche infuso, o acqua aromatica, ecc. Il miglior modo di somministrarla è la forma di tintura acquosa, o di infuso. Quella che trovasi pressochè in tutte le farmacie, contiene la parte attiva corrispondente ad una di radice

per dieci parti di acqua; per cui ogni cucchiaino da caffè conterrà i principii attivi di quaranta centigrammi di polvere; se ne possono somministrare tre o quattro cucchiaini nel mattino, ad intervalli, ai ragazzi verso i sette anni, senza timore di esagerare la dose. Per essere certi dell'efficacia del rimedio, è utile farlo preparare appositamente; si preferirà l'infuso a caldo, col quale si estraggono più abbondantemente e più sicuramente i principii attivi dalla radice.

P. Radice di rabarbaro contusa grossolanamente grammi dieci
s. f. s. a infuso alla colatura di . . . » sessanta
Sciroppo di scorza d'arancio . . . . . » venti.

Di questo infuso così preparato se ne somministrano due cucchiai lungo il giorno ai ragazzi di sei o sette anni, sofferenti stitichezza, e per alcuni giorni, un cucchiaino al mattino e l'altro alla sera ai lattanti che sono verso il finire dell'anno. Agli altri in proporzione dell'età.

Tanto l'infuso quanto la tintura acquosa da loro, senza correttivi, a dose minore servono, come amari, ad eccitare l'azione digestiva del ventricolo.

La **Senna** come rimedio purgativo si dà in infuso alla stessa dose del rabarbaro. Serve meglio a curare la stitichezza, ma può cagionare dolori di ventre.

Una formola atta a risolvere la stitichezza ostinata nei bambini di due o tre anni è la seguente:

P. Foglie di senna . . . . grammi quindici
s. f. s. a infuso alla colatura di . . » ottanta
Sciroppo di cedro . . . . » venti
Estratto acquoso di giusquiamo . . centigr. venti
(Tre cucchiaini al giorno).

In quanto al titolo dell'infuso, si può aumentare o diminuire come quello dell'estratto di giusquiamo, al pari del numero dei cucchiaini, secondo l'età e l'effetto da ottenere.

La **Manna** è un rimedio di facile uso e di effetto sicuro nelle malattie infantili. Si prescrive ordinariamente quella in *cannoli* alla dose di dodici a quindici grammi, all'età di sette od otto anni, sciolta nell'acqua o nel latte caldo, o mangiata in sostanza, soprabevendovi dell'acqua. La mannite si prescriva a dose più alta del terzo o della metà.

L'Olio di ricino deve somministrarsi ad una dose inferiore di quella della manna. L'uso popolare avendone fatto una panacea per tutti i mali infantili, i poveri bambini sono talvolta obbligati di inghiottirne delle

dosi esagerate, e per alcuni giorni di seguito. Le dosi di questo rimedio dovrebbero essere di tre cucchiaini ordinari all'età di sette od otto anni; due a quattro anni; uno a due, ecc.

L'**Olio d'olivo**, con cui si cura talvolta la stitichezza dei bambini, si dà a dose un po' maggiore dell'olio di ricino, ma produce più del medesimo dei dolori di ventre.

La **Limonata citromagnesiaca** come si prepara ordinariamente per gli adulti serve anche per i bambini. In quanto alla dose osservo che se ne può sommistrare a sette anni almeno la metà o i due terzi della dose solita od ordinarsi per gli adulti, a quattro o cinque anni il terzo, e così di seguito. È un preparato d'effetto quasi sempre sicuro e che agisce anche come rivulsivo.

L'olio di mandorle dolci si dà a dosi eguali a quelle dell'olio di olivo nelle malattie per le quali è stato indicato.

Degli Espettoranti. — L'effetto generale di questi rimedi è di promuovere il distacco delle mucosità molto aderenti ed accumulate nelle vie respiratorie e di eccitarne l'eliminazione. In seguito alla loro somministrazione il muco tenace diventa più fluido, si aumenta la attività del movimento ciliare e quello dei muscoli bronchiali. Il loro effetto è sempre aiutato dalle grandi espirazioni che accompagnano la tosse, le quali premono, per così dire, il tessuto polmonare e spingono per tal modo le mucosità accumulate nei bronchi minori nei maggiori.

I più usati pei bambini sono la poligala virginiana, la ipecaquana, la tintura di lobelia inflata, e più di raro il cloridrato di apomorfina. Il primo di questi tre rimedi è esclusivamente espettorante; gli altri sono ora emetici, ora espettoranti, secondo la dose, il modo di somministrarli e l'idiosincrasia personale.

La loro indicazione non dipende soltanto dall'avere il medico in cura un bambino con una malattia dell'apparecchio respiratorio (in tutti i periodi della quale non sono indicati), ma dal riconoscersi una gran quantità di muco, sia nei grandi quanto nei minimi bronchi, e insufficienza di forza nei muscoli per espellerlo, e dall'imminenza dell'asfissia.

Nei bambini di pochi mesi di vita i bronchi minori ed i capillari non sono ancora provvisti di muscoli; si capisce da ciò la gravità della bronchite capillare, della broncopolmonite catarrale nei bambini, l'inutilità eventuale degli espettoranti in queste malattie e il motivo degli sforzi di vomito violenti che tormentano questi ammalati in luogo della tosse.

Lo stesso fatto spiega il motivo per cui tanto la tosse quanto l'espettorazione dei bambini sia aiutata dagli eccitanti diretti del sistema nervoso

uniti agli espettoranti, e dalle applicazioni irritanti cutanee. Coi suddetti rimedi resta validamente eccitata la respirazione ed il moto ciliare che spinge in alto le mucosità.

Vanno sempre prescritti sotto forma liquida, per l'urgenza che si richiede nel loro effetto, e perchè meglio si può graduarne la dose d'ognuno.

La **Poligala** si usa prescrivendone l'infuso alla dose compresa fra i sessanta centigr. e un gramma, per cento grammi di colatura. Ad un anno di vita se ne somministra un mezzo cucchiaino ogni due o tre ore. Si aggiunge all'infuso qualche correttivo per mascherare il suo sapore, o qualche sostanza aromatica, o eccitante, come si vede da queste formole:

P. Radice di poligala contusa . . centigr. sessanta
s. f. s. a inf. a caldo alla colatura di gr. cento
Tintura alcoolica di cannella forte . » uno o due

oppure:

Tintura vinosa di Huxam . . . . gr. cinque
Sciroppo comune . . . . » quindici
(Un cucchiaino ogni due o tre ore).

} per bambini da un anno a due d'età.

P. Radice di poligala contusa . . . gr. uno
s. f. s. a infus. alla colatura di . » cento
Bisolfato di chinino . . . . . centigr. trenta

oppure:

Salicilato di soda . . . . centigr. cinquanta
Sciroppo del Tolù . . . . gr. venti
(Un cucchiaino ogni due o tre ore).

} per i bambini di due o tre anni febbricitanti.

La dose giornaliera di questo rimedio va regolata secondo l'età come quella degli altri; però il più delle volte la si deve regolare secondo l'effetto ottenuto, o che si vuole ottenere.

Per i lattanti di pochi mesi, e nei casi leggieri, faccio uso frequentemente di queste formole:

P. Sciroppo di poligala o di ipecaquana
Acqua di anice o di menta an. grammi venti
(Un cucchiaino ogni ora, due ore, secondo l'effetto);

oppure:

P. Infuso di poligala centigr. 20 per 50 grammi di colatura
Sciroppo del Tolù . . . . . . grammi quindici
(Un cucchiaino ogni due ore).

L'effetto espettorante viene sempre favorito dall'applicazione di pezzuole calde, profumate, sul petto; da cataplasmi leggermente senapati; da profumi semplici preceduti da unzioni di balsamo di Opodeldoch liquido, aceto, olio canforato, ecc.

Della **Lobelia inflata** il preparato migliore è la tintura; a un anno di vita son solito prescriverne venti goccie in un'acqua aromatica zuccherata, alla dose di quaranta grammi; a otto anni sessanta goccie o di più se occorre, e nelle età intermedie secondo il bisogno dell'espettorazione, il volume del corpo e l'attività organica. Ecco alcune formole:

P. Tintura di lobelia inflata . .	goccie quaranta	nei bambini febbricitanti di quattro o cinque anni.
Acqua di anice edulcorata . .	» sessanta	
Salicilato di soda . . .	centigr. cinquanta	
(Un cucchiaino ogni due ore).		

P. Tintura di lobelia inflata . .	goccie sessanta	nei bambini febbricitanti di sei o sette anni.
Acqua di melissa edulcorata .	gram. sessanta	
Salicilato di soda	» uno	
(A cucchiaini).		

P. Tintura di lobelia inflata . .	goccie dieci	nei bambini di un anno o un anno e mezzo febbricitanti.
Bisolfato di chinino	centigr. dieci	
Acqua distillata	gram. quaranta	
Sciroppo comune	» dieci	
(A cucchiaini).		

P. Decotto di china	gram. sessanta	da un anno in più variando opportunamente la dose della lobelia.
Tintura di lobelia inflata . .	goccie venti e più	
Sciroppo di cedro	gram. quindici	
(A cucchiaini).		

Dall'**Ipecaquana** si devono, come si sa, aspettar due effetti. Espettorante l'uno, emetico l'altro. Il primo si ottiene colle minime dosi, l'altro colle dosi massime introdotte in una volta sola, o colle minime frequentemente ripetute.

La dose per i bambini di pochi mesi è fissata dai dieci ai venti centigrammi per cento grammi d'infuso, da somministrarsi a mezzi cucchiaini; a cucchiaini intieri in quelli di alcuni anni di età; verso i sei o sette anni la dose della radice per fare l'infuso si può aumentare fino ai cinquanta od ai sessanta centigrammi.

Il metodo di somministrare questo e altri espettoranti in generale varia secondo che la malattia è nello stadio acuto o nel cronico. Se è necessario mantenere attiva la tosse e l'espettorazione, onde non ne

rimangano ingombre le vie bronchiali si dia epicraticamente, ogni ora, ogni due ore, ecc., a meno che la tosse diventi troppo stizzosa, frequente, molesta, e non fosse sempre accompagnata da eliminazione di catarro, nel qual caso sarebbe inutile stancar l'ammalato. Verso il fine del periodo catarrale è meglio somministrare il rimedio solo in quelle epoche del giorno in cui la tosse prodotta dall'imbarazzo bronchiale si fa sentire di più.

Nella polmonite crupale, in via di guarigione, la poligala aiuta l'eliminazione del contenuto degli alveoli polmonali per mezzo della tosse; avendo però l'ipecaquana un'azione particolare eccitante della circolazione polmonale, si potrà ricorrere ad essa, onde ottenere i due effetti contemporaneamente, cioè quello espettorante e quello che promuove l'assorbimento dell'essudato.

Il **Cloridrato di apomorfina** è un espettorante di azione sicura e rapida. La sua dose è piccolissima. Ha il vantaggio di poter essere somministrato tanto dalle vie digerenti superiori, quanto per mezzo dell'iniezione ipodermica.

Se si vuole somministrare per la via del ventricolo si farà la seguente prescrizione:

P. Cloridrato di apomorfina . . . centigr. mezzo, o uno
Acqua distillata . . . . . . grammi cento, o centoventi
Sciroppo di cedro . . . . . » venti
(Un mezzo cucchiaino nei bambini di due anni, nel modo che si disse di sopra, fino ad effetto, dopo il quale si sospende).

Dopo i due anni va diminuita la dose dell'acqua distillata, e aumentata relativamente quella del rimedio.

L'effetto emetico si ottiene con una soluzione più concentrata, o ripetendo la somministrazione più frequentemente.

Trattandosi di introdurla per mezzo dell'iniezione ipodermica si prescriva nel seguente modo:

P. Cloridrato di apomorfina . . . . . . centigr. uno
Acqua distillata . . . . grammi venti
(Si facciano iniezioni fino ad effetto vomitivo od espettorante).

La siringhetta per l'iniezione ipodermica riempita completamente conterrà in venti goccie d'acqua distillata un mezzo milligramma di cloridrato di apomorfina. Nei bambini converrà attenersi ad una dose minore riempiendola solo per metà, di un terzo, ecc., o meglio ancora usare gli altri espettoranti.

Dei Diuretici. — L'uso dei diuretici nei bambini deve esser diretto dagli stessi principii terapeutici in uso pegli adulti; si prescriveranno agli ammalati affetti da edemi, raccolte sierose nella cavità pleurale, peritoneale, ecc. Sono inutili per le idropisie delle cavità craniane, del pericardio e delle articolazioni, e nell'idrocele tanto congenito quanto acquisito. In tutti questi casi bisogna ricorrere ad altri mezzi.

Per l'impiego dei diuretici è indispensabile che gli organi renali siano sani e, se furono ammalati, si trovino in perfetta guarigione.

Sarebbe cosa contraria alle leggi fisiologiche l'obbligare a funzionare un organo che va tenuto in riposo; l'eccitare in esso delle flussioni sanguigne attive che possono essere cause di ricaduta o di peggioramento della malattia. Quando l'orinazione è del tutto sospesa o scarsa, si possono eccitare con purganti le secrezioni intestinali, preferendo quelli che non si assorbiscono, o che assorbendosi non esercitano azione irritante sui reni; coi diaforetici che sviluppano l'azione cutanea, la quale, più della secrezione intestinale, può supplire alla difettosa secrezione renale.

Non bisogna aspettare a prescrivere i diuretici quando l'abbondanza della raccolta minacci le funzioni vitali, perchè allora è indicata la paracentesi come mezzo sicuro e più spiccio di salvare l'ammalato.

Si debbono somministrare non appena la diminuzione della quantità giornaliera dell'orina emessa sia accompagnata dal cominciare della raccolta. In questo modo il medico può prevenire una abbondante formazione.

Non si usino nei bambini i diuretici irritanti, nè quelli deprimenti, fra i quali cito il nitrato di potassa che si può surrogare dall'acetato, che non possiede le proprietà paralizzanti nerveo-muscolari del nitrato.

La **Digitale** è indicata tutte le volte in cui occorre somministrare un diuretico ad un bambino affetto contemporaneamente da ritenzione d'orina e da malattia di cuore, il cui decorso acuto sia già trascorso, accompagnato da debolezza d'impulso cardiaco. In questo caso si scioglie l'acetato di potassa in un infuso della stessa, come:

P. Digitale purpurea . . . . . centigr. cinquanta
s. f. s. a infuso alla colatura di grammi cento o centoventi
Acetato di potassa . . . . . » due o tre
Sciroppo diuretico . . . . . » venti
(Un cucchiaio ogni tre o quattro ore).

Per aumentare l'azione diuretica del rimedio principale si può farlo

sciogliere in un infuso o decozione esercitante la stessa azione, o in un'acqua aromatica di effetto analogo. Come:

P. Bacche di ginepro . . . . . grammi tre o cinque
s. f. s. a decozione alla colat. di » cento o centoventi
Acetato di potassa . . . . . » due o tre
Sciroppo comune . . . . . » venti o trenta;

oppure:

P. Acqua distillata di ginepro . . grammi cento
Acetato di potassa . . . . . » due a quattro
Sciroppo comune . . . . . » venti.

Il **Cloridrato di pilocarpina** è indicato nella cura delle idropisie dei bambini per la sua azione diuretica, diaforetica e scialogaga. Devesi osservare che irrita leggiermente i reni; alcuni pretendono che possegga un'azione eccitante cardiovasale. Dosi:

P. Cloridrato di pilocarpina . . . centigr. uno ò due
Acqua aromatica . . . . . . grammi cento o centoventi
Sciroppo comune . . . . . . » venti
(Un cuchiaino ogni due o tre ore).

P. Radice di ononide spinosa . . grammi tre o cinque
s. f. s. a decozione alla colat. di » centoventi o cento-[cinquanta
Sciroppo comune . . . . . » quindici.

Si possono adoperare gli altri diuretici, avendo l'avvertenza di adattare la dose all'età del bambino, a meno che si preferiscano i preparati già posseduti nelle farmacie.

L'**Ossimiele scillitico** è uno dei migliori preparati della scilla marittima. Ogni venti grammi di ossimiele contengono un gramma circa di scilla, sminuzzata e macerata primitivamente nell'aceto, di cui una parte, unita a due di miele, costituisce il rimedio di cui si parla. Supponendo che la dose dell'adulto sia di venti grammi al giorno d'ossimiele, diluito in acqua comune o aromatica, ai bambini se ne somministrerebbero tanti grammi al giorno, nello stesso modo, quanti sono gli anni d'età. L'escipiente non deve superare i quaranta o cinquanta grammi giornalmente. Lo stesso dicasi del sciroppo semplice di scilla.

L'**Adonis vernalis** è un diuretico usato molti anni sono; fu posto in dimenticanza perchè i suoi effetti, nella maggioranza dei casi, sono poco brillanti; esso si prescrive in infusione alla dose di uno o due grammi per cento di colatura. È prudenza aggiungervi qualche gramma di acetato di potassa onde essere sicuri dell'effetto, che alcune volte manca, al pari

di quello degli altri diuretici più efficaci; in altri casi sembra sorprendente, perchè coincide con quello dipendente dalla tendenza naturale dell'organismo ad eliminare per mezzo delle orine le raccolte liquide accumulate.

P. Adonis vernalis . . . . . grammi uno o due
s. f. s. a infuso alla colatura » cento o centotrenta
Sciroppo comune . . . . » quindici
Acetato di potassa . . . . » uno, due o tre
(A cucchiaini).

La **Tintura di strofanto** è un diuretico dei più efficaci; agisce sulla circolazione renale eccitando la sistole cardiaca, e col suo uso i capillari dei reni sono in un dato tempo attraversati da una quantità maggiore di sangue.

La dose da prescriversi ai bambini di anni sette si può considerare eguale a quella degli adulti, se non che si somministra a cucchiaini da caffè in luogo di cucchiai grandi, e così quotidianamente circa il terzo della dose, la quale si può aumentare secondo il bisogno. A quattro anni se ne prescrive la metà, oppure se ne somministra un minor numero di cucchiaini. Ecco alcune formole:

P. Tintura alcoolica di strofanto . . . goccie venti
Acqua di fiori d'arancio edulcorata . grammi cento

P. Tintura di strofanto . . . . . . goccie dieci
Acqua di anice edulcorata . . . . grammi quaranta
Un cucchiaino ogni due ore (a sette anni).

P. Tintura di strofanto . . . . . . goccie venti
Acqua di melissa edulcorata . . . grammi cento
Acetato di potassa . . . . » tre
(A cucchiaini).

Dei Rivulsivi in generale e in particolare dei cutanei. — I rivulsivi, in generale, sono rimedi irritanti, i quali esercitano primitivamente il loro effetto sulla regione dove si trovano applicati, e per mezzo dell'apparecchio circolatorio e del sistema nervoso lo estendono ad organi più o meno lontani, e talvolta a tutto l'organismo.

La terapeutica li distingue in interni ed esterni secondo che vengono applicati sulle mucose accessibili o sulla pelle, e cioè in intestinali e cutanei. Dei primi parlai nell'apposito paragrafo, per cui non mi resta che a parlare degli altri.

I più usati fra i rivulsivi esterni, nei bambini, sono le carte sena-

pate, i cataplasmi senapati, i cerotti di tapsia, le mosche di Milano, il cerotto vescicatorio di Albespeyres, i vescicanti comuni, l'essenza di senape sciolta nell'alcool, ed i bagni senapati.

I due effetti, locale e circolatorio, non si possono separare individualmente, ma questo non nuoce nella cura delle malattie infantili, perchè nei bambini raramente si usano per ottenere un effetto locale, ma quasi sempre per avere un effetto generale o su organi lontani.

Gli organi interni che ne subiscono maggiormente l'azione sono il cuore, i polmoni e l'encefalo.

Per mezzo di essi rimane eccitata la circolazione e l'innervazione generale.

Applicati su di un dolore reumatico, o su di un punto doloroso d'una nevralgia, agiscono ora risolvendo una stasi sanguigna nelle profondità della pelle, ora irritando il nervo dolente in modo da esaurire la sua attività e renderlo paralizzato e quindi insensibile.

Le **Carte senapate** si applicano bagnate sulla pelle procurando che aderiscano perfettamente. Esse irritano con molta rapidità e fortemente gli organi cutanei dei nervi sensibili e quindi per azione riflessa eccitano certe funzioni inerti o indebolite di alcuni organi interni. Al loro effetto va unito quello esercitato dall'essenza di senape che contemporaneamente si sviluppa ed irrita la mucosa delle cavità nasali, pochi minuti dopo la loro applicazione.

I **Cataplasmi senapati** esercitano un'azione analoga; con essi si può graduare l'effetto adattandone la forma e l'estensione, e tenerli più bene applicati, a cagione del loro peso e della proprietà d'essere attaccaticci. Si possono trasportare da una regione ad un'altra della pelle senza che la loro efficacia diminuisca notevolmente; questo deriva dall'essere impedita l'esalazione dell'essenza di senape.

Non sempre i farmacisti e i droghieri tengono della senape nera polverata di recente, per cui conviene prescrivere i semi e farli polverare prima d'usarne.

I **Bagni senapati**, sulla cui indicazione parlerò più a lungo nei relativi paragrafi, si preparano mettendo la senape nera, recentemente polverata, nell'acqua tiepida alcuni minuti prima che vi si immerga il bambino. La dose della polvere di senape è di uno o due ettogrammi circa per ogni venti, trenta o quaranta litri d'acqua. Questi bagni sono efficaci nella algidità consecutiva ai catarri intestinali acuti e cronici, per eccitare la circolazione generale e, secondariamente, tutte le funzioni del corpo. Dopo il loro uso succede una dilatazione capillare generale dei

vasi cutanei, per cui sono un rivulsivo per tutti gli organi interni e specialmente per quelli appartenenti alle parti superiori del corpo.

I **Bagni tiepidi** hanno un'azione rivulsiva analoga alla suddetta, con effetto minore, e vanno prolungati più di essi, ciò che espone all'eccessiva imbibizione dei tessuti.

La resina di tapsia distesa su tela come un cerotto produce, dalle sei alle ventiquattro ore dopo la sua applicazione, un'eruzione di papule su di un fondo rosso vivo e doloroso. Si cangiano poscia in vescicole per la formazione nel loro interno d'una sierosità purulenta. In questo periodo l'eruzione dà molto prurito e quindi l'effetto prodotto è massimo. Si usa onde eccitare la guarigione di bronchiti acute in bambini il cui sistema organico è apatico ed inerte. Non si può negare il suo effetto, che, se non si esercita sulla malattia da curare, si fa sentire coll'aumentata funzionalità generale del sistema nervoso. Nel periodo della pustulazione la circolazione è più attiva, la tosse più efficace, l'espettorazione più frequente.

In quanto all'uso dei vescicanti, mosche di Milano, cerotti epispatici, ecc. mi dichiaro del tutto contrario ad essi, se si tratta di provocare una azione in una parte del corpo non in diretta e vicina relazione colla superficie cutanea coperta dal vescicante.

Sono utili se si tratta di curare una nevralgia, un dolore reumatico superficiale, purchè siano collocati sul punto doloroso. Ordinariamente, fatta la vescica, il dolore scompare o almeno diminuisce.

Altri rivulsivi cutanei molto leggieri sono il balsamo di Opodeldoch concreto o liquido; il balsamo nervale di Fioravanti, di Locatelli; lo spirito canforato, saponato. L'uso di questi rivulsivi deve essere accompagnato dapprima da fregazioni più o meno prolungate, e seguito dall'applicazione di lane calde profumate. Con essi si eccita la circolazione cutanea e la sua innervazione; in seguito avviene una dilatazione dei capillari del luogo che fu soverchiamente eccitato dal fregamento e poscia riscaldato.

Della Cura elettrica. — Le norme generali e particolari che dirigono l'uso e l'applicazione dell'elettricità nella cura delle malattie degli adulti sono analoghe a quelle relative alle malattie dei bambini, come pure le indicazioni e le controindicazioni.

Anche in questi si usano le due correnti, indotta e continua: la prima per risvegliare l'attività funzionale, la seconda per eccitare l'attività nutritiva degli organi e dei tessuti.

L'applicazione quasi esclusiva che si fa dell'elettroterapia a curare le

malattie dei nervi e dei muscoli nei bambini, giustifica non solo la sua importanza, ma il motivo della prognosi riservata che ne fa il medico relativamente alla durata, alla natura ed alla guarigione.

Lo stato di umidità o di secchezza dei reofori importa molto per l'applicazione dell'elettricità indotta, a cagione degli effetti ben diversi che si producono.

Inumidendo con acqua salata i conduttori si rendono atti ad agire su di organi profondi; se si usano asciutti servono invece esclusivamente ad esercitare un'azione sulla pelle e sopra altri organi molto superficiali.

Vi è diversità d'effetto usando la prima o la seconda elica, la quale ci dà l'estracorrente. La corrente della prima è più atta a risvegliare la sensibilità dei muscoli e la loro contrattalità; la seconda eccita la sensibilità della pelle e serve ad ottenere un effetto rivulsivo localizzato. La sua tensione essendo più forte si può dirigere a maggior profondità per ottenere la contrazione di muscoli.

L'elettricità applicata alla cura delle paralisi dei muscoli impedisce la atrofia dei medesimi e ne conserva l'attitudine motrice, e ai loro proprii centri nervosi, per mezzo dell'azione riflessa, l'attività funzionale e nutritiva. Queste osservazioni pratiche servono tanto per la cura delle paralisi d'origine centrale quanto per quelle d'origine periferica.

Nelle paralisi d'origine centrale non bisogna intraprendere la cura elettrica fin tanto che siasi completamente riparata la lesione primitiva, ciò che si conosce dal non esistervi più fenomeni d'irritazione, quali dolori, contratture, nevralgie, ecc.

La stessa regola deve osservarsi qualora la paralisi, dipendendo da malattia infettiva, sia difficile o impossibile il decidere se sia centrale o periferica.

In quelle periferiche deve farsi la cura quando incomincia l'atrofia muscolare.

Nei bambini bisogna cominciare con correnti piccolissime, tanto più se non sono robusti o d'una costituzione eminentemente irritabile. Si applichi alle pile usate il regolatore, sia che si adopri quella di Gaiffe o quella a bicromato di potassa; non basta per i ragazzi la corrente media data da questa. Dapprincipio la cura colla corrente media Gaiffe è troppo intensa. Le prime sedute non devono oltrepassare il minuto; si aspetti che il bambino sia bene abituato onde aumentarne la durata.

Dei Narcotici. — Chiamansi con questo nome quei rimedi che, messi a contatto dei centri nervosi del sistema cerebrospinale e della vita

vegetativa e delle loro estremità terminali, ne aboliscono in parte la funzione, per cui può venire diminuita l'attività motrice, la sensitiva, la riflessa e la secretoria. Sono di una grande utilità nella cura delle malattie dei bambini. Vanno però usati con parsimonia. I bambini infermi a cui si applicano devono essere assistiti da persone intelligenti.

Tutti i narcotici riuniscono le suddette proprietà, ma non in egual grado. Alcuni dirigono il loro principale effetto sui centri della vita volontaria, non tralasciando di agire, sebbene con un grado minore, su tutti i sensi; altri agiscono in modo opposto, ed un'ultima serie lo esercitano specialmente sulle estremità sensitive della pelle e delle mucose prima ancora del loro assorbimento e senza che questo succeda.

Questi motivi fanno scegliere gli uni a preferenza degli altri, secondo l'effetto che si desidera ottenere.

Non bisogna dimenticare, usandoli, che il loro effetto è molto esteso. Possibilmente va localizzato sulla parte del corpo o dell'organo su di cui è necessaria la sua azione. Importa osservare che non succedano effetti secondari, i quali indicano il principio dell'avvelenamento.

È necessario che per ogni effetto da ottenersi si scelga quello che, alla dose terapeutica adatta, è più degli altri capace esclusivamente di produrlo. Non vi è categoria di rimedi per i quali si faccia maggiormente sentire l'idiosincrasia personale degli ammalati quanto i narcotici; è cosa prudente, tanto davanti alla scienza, quanto dinnanzi alla propria responsabilità, l'esperimentare dapprima il modo di comportarsi dell'organismo del bambino ammalato alla presenza d'un rimedio nuovo per esso e del tutto alieno, con dosi piccolissime, prima di addivenire alle maggiori che dovranno produrre l'intiero effetto desiderato.

Tutte le volte che è possibile applicare un rimedio di natura diversa, il quale produca l'effetto dei narcotici senza esporre agli inconvenienti inerenti al loro uso, si adoperi a preferenza; si faccia lo stesso quando può bastare il riposo fisico assoluto di tutti gli organi. Ricordo come sia un non ispregievole calmante del sistema nervoso il bagno tiepido, sia che la sua azione venga estesa allo stato generale, sia che venga limitata a ristrette località; come esso possa prolungarsi, direi quasi, indefinitivamente, secondo gli effetti da ottenere; come all'effetto calmante ne unisca degli altri dipendenti dalle alterazioni circolatorie, da esso particolarmente prodotti, che possono dirigersi allo stesso scopo.

Nessun pratico mette in dubbio l'azione calmante, sul sistema nervoso, del riposo a letto nell'oscurità, lontano dai rumori, nella posizione

orizzontale della quale niente regolarizza più presto ed efficacemente la circolazione, rende inutile un'anormale azione cardiaca, dissipa le congestioni viscerali, promuove l'azione cutanea, concilia il sonno, ecc., e mette così l'ammalato al riparo dalle cause esterne che sono le più temibili, se per la sovraeccitazione nervosa viene esagerata l'azione riflessa.

In terzo luogo i narcotici possono essere sostituiti dai rivulsivi, tanto cutanei quanto intestinali, a cagione dell'alterazione circolatoria consecutiva la quale non può far a meno di risolvere flussioni dai centri nervosi, e di modificare la loro funzionalità.

Non parlo delle indicazioni chirurgiche le quali, soddisfatte a tempo, possono troncare convulsioni, calmare dolori, diminuire perfino la temperatura febbrile; nè stabilisco casi pratici, perchè sono numerosi, diversi e conosciuti.

Gli effetti particolari che producono i narcotici si possono riassumere in tre categorie:

1ª Calmano alcune sensazioni anormali limitate a regioni della pelle o delle mucose, le quali si manifestano e sono accusate dall'infermo con prurito, trafitture, nevralgie, solletico alla tosse, ecc., e sono accompagnate talvolta da lesioni acute o croniche, eruzioni di varie sorta, ipersecrezioni, ecc.

Queste sensazioni possono essere trasmesse in una parte sana, della quale l'ammalato si lagna, da una malattia lontana mediante l'intervento dei nervi periferici.

2ª Calmano il dolore da qualunque causa provenga, sia esso infiammatorio o d'indole essenzialmente nervosa.

3ª Diminuiscono il numero, la durata e l'intensità degli spasmi dei muscoli della vita di relazione e di quelli degli organi interni.

Per ottenere questi effetti i narcotici si usano esternamente od internamente.

Applicati sulla pelle, i narcotici diminuiscono la conducibilità delle estremità sensibili dei nervi cutanei. L'impressione dolorosa non è più trasmessa al cervello in tutta la sua integrità, ma notevolmente diminuita o soppressa del tutto. In seguito vengono assorbiti dai capillari sanguigni, portati in circolazione e per mezzo di essa sugli organi centrali del sistema nervoso sui quali eziandio spiegano la loro azione; così viene completato e talvolta anche esagerato il loro effetto.

L'assorbimento è favorito dal mantenere il rimedio applicato lungo tempo sulla superficie cutanea e dall'atto meccanico del fregamento che ne

aiuta la penetrazione nei condotti delle ghiandole sebacee e sudorifere. La sostanza medicamentosa, in forma liquida o semi-solida, incorporata con sostanze oleose o grasse, stacca gli strati superficiali dell'epidermide e lascia penetrare il narcotico. L'applicazione che si fa comunemente d'un largo cataplasma caldo sulla parte dolente, se rinnovato a intervalli di due o tre ore, attiva la circolazione cutanea, mantiene un calore umido e costante, dei quali benefici effetti subito si accorgono gli ammalati prima ancora che il rimedio principale abbia cominciato ad operare.

L'assorbimento dei narcotici, e di tutti gli altri rimedi applicati sulla pelle, è sempre lentissimo, non ostante la larghissima superficie sulla quale sono tenuti a contatto. Prova nè sia la dose usata per fare le pomate, superiore a quella per i rimedi d'uso interno.

Si prescrivono i narcotici internamente quando l'intensità della lesione, anche periferica, da curare esige un pronto e rapido effetto dal rimedio; oppure quando un dolore od uno spasmo, ecc., accusati perifericamente, hanno un'origine centrale e dipendono da malattie di organi interni più o meno lontani.

Siccome dell'uso interno ed esterno dei narcotici applicato alle varie malattie parlo nei paragrafi delle malattie nelle quali si impiegano, così mando ad essi il cortese lettore onde evitare inutili ripetizioni. Mi limito a presentare il quadro delle dosi dei rimedi di questa categoria, relative alle età, da somministrarsi giornalmente, scegliendo quelli che sono maggiormente usati nella cura delle malattie infantili.

Del **Giusquiamo nero** si usa preferibilmente l'estratto acquoso, e qualche volta l'alcoolico, se si desidera una maggiore efficacia di azione.

Si prescrive quasi sempre sciolto nell'acqua edulcorata ed aromatizzata. Ai bambini è uso abituale somministrare i rimedi a cucchiaini; la prescrizione del solvente dovrà equivalere a otto o dieci cucchiaini, onde il rimedio possa essere preso dall'ammalato nelle ventiquattro ore. Supposto che le dosi seguenti, relative all'età, vadano sciolte in quaranta grammi di liquido, se ne somministri un cucchiaino ogni due ore:

ad anni	sette	centigrammi	dieci
»	sei	»	nove
»	cinque	»	otto
»	quattro	»	sette
»	tre	»	sei
»	due	»	cinque
»	uno	»	quattro
a mesi	sei	»	tre.

Altro modo di prescrivere i narcotici, applicabile anche ad altri rimedi, è il variare della quantità dell'acqua, per cui prescrivendo il doppio di questa, il bambino assume solamente la metà del rimedio attivo, e così di seguito; come:

centigr. dieci — acqua grammi quaranta, a sette anni, giornalmente
» » acqua » ottanta, a due anni, per due giorni
» cinque acqua » ottanta, a sei mesi, per due giorni;

oppure:

P. Estratto acquoso di giusquiamo centigr. dieci
Acqua distillata edulcorata . . grammi cento } nei lattanti di sei mesi
(Otto cucchiaini al giorno).

Tenendo conto delle ore di sonno, non si prenderà mai dagli ammalati tutta la dose nel giorno, ma almeno ogni cucchiaino di medicina conterrà una dose proporzionata all'età ed all'effetto che il medico vuole ottenere.

La **Belladonna** sostituisce il giusquiamo, proporzionando la dose alla sua maggiore efficacia. Non si prescrive nei lattanti e nei bambini di soli uno o due anni di vita, per i quali è più utile esagerare, a preferenza, le dosi del giusquiamo. Il miglior preparato di belladonna è l'estratto.

Durante il suo uso si badi alla dilatazione delle pupille, primo fra gli effetti secondarii da schivare, e che talvolta, nei bambini, comparisce prima ancora degli effetti terapeutici.

Per un eguale numero di grammi di solvente di giusquiamo le dosi giornaliere saranno le seguenti:

ad anni sette . . . . . . centigrammi uno
» sei . . . . milligrammi otto
» cinque . . . . . » sette
» quattro . . . . . » sei
» tre . . . . » cinque.

Un altro modo di prescrivere l'estratto acquoso di belladonna è il seguente:

P. Estratto acquoso di belladonna . . centigr. due
Soluzione gommosa . . . . . . grammi ottanta
Sciroppo di cedro . . . . » venti.

Ogni cucchiaino di questa soluzione contenendo circa quattro grammi di solvente, introdurrà nel corpo dell'ammalato, presso a poco, un milli-

gramma di sostanza attiva, per cui se ne somministreranno dieci cucchiaini al giorno a sette anni; otto a sei; cinque a tre, ecc.

La **Lattuga**, tanto sativa quanto virosa, ha azione meno attiva del giusquiamo; si possono dare senza inconvenienti a dosi maggiori e graduare meglio.

L'estratto di lattuga sativa si può prescrivere fino al quadruplo della dose dell'estratto acquoso di giusquiamo; quello di lattuga virosa anche fino al triplo. In quanto al lattucario la dose è ancora molto incerta, essendo vario il modo della sua preparazione seguito nelle diverse fabbriche. Consiglio di darlo alla stessa dose dell'estratto acquoso della lattuga sativa.

Per quaranta grammi di escipiente liquido si prescriveranno le seguenti dosi:

ad anni	sette	centigr.	quaranta
»	sei	»	trenta
»	cinque	»	venti
»	quattro	»	quindici
»	tre	»	dodici
»	due	»	dieci
»	uno	»	sei od otto
a sei mesi	. . . .	»	tre a cinque.

Le dosi giornaliere dell'estratto acquoso di lattuga virosa sono le seguenti:

ad anni	sette	centigr.	trenta
»	sei	»	venti
»	cinque	»	quindici
»	quattro	»	dieci
»	tre	»	cinque
»	due	»	due
»	uno	»	uno.

L'**Acido cianidrico** è usato nella cura delle malattie infantili; i suoi preparati, più comuni, sono l'acqua di mandorle amare e quella coobata di lauro ceraso. Secondo alcuni questa è cinque volte più attiva della prima, secondo altri dieci; nell'incertezza sull'efficacia relativa di essa è meglio stare sulla seconda opinione e ritenere come dieci grammi di acqua di mandorle amare corrispondano ad un gramma di quella di lauro ceraso. Si potrà sempre aumentarne la dose qualora manchi il suo effetto.

Si usano questi preparati per avere un effetto anodino e leggermente ipnotico in bambini robusti, mai nei deboli o nei convalescenti, ed in quelli affetti da malattie infettive acute. Si usano pure nelle malattie di cui uno degli esiti è la dissoluzione del sangue.

La dose giornaliera dell'acqua coobata di lauro ceraso è la seguente, supponendo che si debba sciogliere in quaranta grammi di un liquido edulcorato:

ad anni sette . . . . goccie venti
» cinque . . . . . . » quindici
» tre . . . . » dieci,

che è quanto dire che se ne devono prescrivere tre goccie al giorno per ogni anno di vita.

Queste dosi servono anche per stabilire quelle delle altre età.

Il **Cloralio idrato** per l'azione paralizzante che esercita sul cervello e sul midollo spinale è utile nella cura delle malattie dei bambini per ottenere degli effetti ipnotici, anodini ed antispasmodici. È indicato nelle nevralgie in generale, e in quelle che avvengono nell'epoca della dentizione, come nei dolori di natura essenzialmente nervosa; come anche per gli altri accompagnati da lesioni anatomiche, a calmare i quali l'effetto è assai minore. Bisogna somministrarlo in questi casi ripetutamente lungo il giorno, a piccole dosi, qualora le sofferenze disturbino continuamente il sonno dei pazienti; lo stesso si dica per le convulsioni dei bambini in generale e dei lattanti in particolare, presso i quali è più utile del bromuro di potassio.

Quando si usa come anodino ed antispasmodico bisogna sospenderlo appena il bambino dimostra d'essere sonnolento; viceversa aumentare la dose qualora l'ammalato si abitui e manchi questo effetto.

Volendo ottenere un effetto ipnotico si deve somministrare al bambino in una volta sola la metà od il terzo della dose giornaliera. Si daranno le dosi successive dopo qualche ora, se vi è un ritardo nell'azione.

Trattandosi di impedire accessi convulsivi intermittenti, e relativamente rari, come sarebbero quelli dell'epilessia, si divida la dose giornaliera in due o tre parti, da somministrarsi a lunghi intervalli, onde fare in modo che una certa quantità di medicina si trovi sempre nell'organismo e la massima durante l'accesso.

Nelle convulsioni dipendenti da elmintiasi, da dentizione, da catarro enterico acuto, ecc., le quali possono durare alcuni giorni di seguito, e per parecchie ore del giorno, è meglio dare il rimedio a cucchiaini ogni

ora od ogni due ore fino a sonnolenza, incominciando la quale terminano ordinariamente gli spasmi muscolari.

Il cloralio si può anche somministrare per mezzo di clisteri. La dose giornaliera, che è la stessa di quella che si prescrive per le vie digerenti superiori, si fa sciogliere in una quantità d'acqua corrispondente a due, da applicarsi nel mattino e la sera. L'assorbimento dalla mucosa del retto è lentissimo; molte volte non è trattenuto.

La dose giornaliera da prescriversi per ogni quaranta grammi di solvente sarebbe presso a poco la seguente:

ad anni	sette	grammi	uno
»	sei	centigr.	ottanta
»	cinque	»	sessanta
»	quattro	»	cinquanta
»	tre	»	quaranta
»	due	»	trenta
»	uno	»	venti.

Si può far sciogliere, per tutti, un gramma di rimedio in cento di acqua edulcorata, od aromatizzata, e somministrarne quattro cucchiaini, oppure otto mezzi cucchiaini al giorno ai bambini d'un anno, sei a quelli di due, ecc.

Il **Bromuro di potassio** è un paralizzante nerveomuscolare che del cloralio ha due soli effetti diretti, i quali sono l'anodino e l'antispasmodico. La tendenza al sonno non è un effetto diretto, ma deriva dal senso di stanchezza che provano gli ammalati in seguito al suo uso, tanto più se le dosi sono esagerate.

All'infuori dell'effetto ipnotico le sue indicazioni ed il modo di somministrarlo sono eguali a quelli del cloralio. Però gli ammalati si abituano molto più facilmente a questo, per cui dovendo somministrarlo per molto tempo, conviene aumentare le dosi giornaliere più frequentemente. Sebbene abbia fissato un massimo, osservo come questo è uno dei rimedi di cui l'effetto dipende dall'idiosincrasia personale.

Siccome il rimedio non è mai, o di raro purissimo, e contiene una certa quantità di ioduro di potassio, alcuni autori gli attribuirono un effetto risolvente. La sua azione sul sistema nerveomuscolare cambia secondo la purezza del preparato. Le dosi giornaliere sono eguali a quelle del cloralio. Trattandosi di ragazzi affetti da epilessia basterà aumentarle ogni settimana.

La dose massima alla quale si può giungere coi successivi aumenti è,

secondo le mie osservazioni, un po' minore al numero degli anni dell'ammalato, cioè compresa fra quattro a sei grammi, a sette anni; fra tre e cinque, a sei anni; e così di seguito.

L'aumento settimanale che io faccio è d'un quinto della dose primitiva. Il bromuro si può, come il cloralio, somministrare per mezzo di clisteri; il suo assorbimento è molto più rapido.

La **Resina della canapa indiana** ha le stesse proprietà dei narcotici, e sebbene d'azione e di dose ancora incerte, tuttavia è molto usata nella terapeutica infantile, tanto più se le malattie nervose, che è destinato a curare, hanno un decorso lungo.

Si usa ordinariamente per le convulsioni ed i dolori nevralgici. Avendo ottenuto vari buoni risultati ne indico le dosi, onde eccitarne l'uso.

Si riferiscono alla tintura alcoolica che, prima di incominciare la cura, prescrivo in questo modo:

P. Resina di canapa indiana . . . . parti una
Alcool rettificato . . . . » otto
s. f. s. alla tintura.
(Da porgersi in bottiglia a contagoccie).

Ad anni		goccie	
Ad anni	sette	goccie	quaranta
»	sei	»	trenta
»	cinque	»	trenta
»	quattro	»	venti
»	tre	»	venti
»	due	»	quindici.

La somministrazione va fatta in un veicolo mucilagginoso, essendo questa tintura insolubile nell'acqua, o meglio ancora con un cucchiaino di uno sciroppo qualunque, nel quale se ne lascierebbe cadere ogni volta il numero di goccie adatto all'età, finchè sia stata assunta la quantità giornaliera.

A sette anni se ne somministreranno cinque goccie ogni due ore, o dieci goccie ogni quattro ore. A cinque anni tre, oppure sette per volta, collo stesso intervallo di tempo.

La resina di canapa indiana si può prescrivere sotto forma di polvere o di pillole, in modo che ognuna di esse contenga un centigramma di resina. Se ne somministrerebbero così tanti centigrammi al giorno quanti sono gli anni del bambino da curare, in un cucchiaino di sciroppo, acqua zuccherata, ecc.

Il **Bromuro di canfora**, sebbene sia, anche a dosi piccole, un irritante del ventricolo e degli intestini, è però di efficacia non dubbia nella cura

delle malattie nervose; non essendo solubile, bisogna contentarsi di prescriverlo sotto forma di pillole, o di polveri, di un centigramma caduna, da somministrarsene al giorno tanti quanti sono gli anni del bambino, eccedendo però nella dose nei ragazzi di alcuni anni di vita. Una formola per le polveri o pillole sarebbe la seguente:

P. Bromuro di canfora . . . . centigr. venti
Zucchero bianco p. q. b.
s. f. s. a dosi eguali o pillole eguali » dieci o venti
(d. p. s. o.).

Il **Solfato neutro d'atropina**, molto usato nell'epilessia, è d'un uso delicatissimo. Il suo assorbimento si fa con molta rapidità; moltissime volte mi fu dato di osservare, pochi minuti dopo l'introduzione della frazione d'una dose giornaliera, la dilatazione delle pupille, la pelle invasa da un rossore scarlattinoso, il delirio, ecc.

La miglior maniera di prescriverlo mi pare la seguente, che è pure quella seguita da me già da alcuni anni:

P. Solfato di atropina . . . centigramma uno
Acqua distillata . . . . grammi dieci
(In bottiglietta a contagoccie).

Ogni venti goccie di questa soluzione contengono un milligramma del sale; ogni goccia un mezzo decimilligramma. Dovendo usare questo rimedio si incomincierà dalle dosi minime onde sperimentare l'idiosincrasia personale d'ogni ammalato; qualora non si osservino degli effetti secondarii si possono aumentare gradatamente fino alla massima, adatta all'età del bambino. Per fissare le idee ed aiutare la memoria propongo di somministrare all'età di sette anni, sette goccie della soluzione data in quaranta grammi d'acqua edulcorata od aromatizzata da prendersi epicraticamente. A sei anni se ne prescriveranno sei, a cinque anni se ne daranno cinque; e così di seguito.

Il **Curaro** è molto indicato nelle convulsioni infantili per l'azione paralizzante che esercita sulle estremità terminali dei nervi motori. Esso è poco usato a cagione dell'incertezza della sua composizione che ne rende difficile la dosatura, per cui possono ottenersi effetti velenosi con dosi piccolissime e non averne alcuno dopo quelle terapeutiche. È assai meglio prescrivere la curarina, solubilissima nell'acqua, alla quale comunica un color rosso, sia da sola che combinata con un acido.

Il miglior modo è di prescrivere una soluzione titolata, da somministrarsi a goccie, tanto epicraticamente quanto per iniezione ipodermica.

Questo ultimo metodo è migliore e più sicuro.

P. Curarina . . . centigramma uno
Acqua distillata . grammi cento
(In bottiglietta a contagoccie).

Ogni dieci grammi di questa soluzione contengono un milligramma, per cui dovendo usarne nei lattanti affetti da tetano, si incomincia dall'iniettare cinque goccie sotto la pelle di una natica o della coscia, e si ripeterà l'operazione secondo gli effetti, non oltrepassando però le quattro iniezioni nelle ventiquattro ore; in ogni caso badando alla risoluzione muscolare ed al polso grande e lento, i quali indicano il principio dell'avvelenamento, onde provvedervi immediatamente.

Non si oltrepassi mai la dose di un milligramma in tre o quattro iniezioni quotidiane nei ragazzi verso i sette e otto anni affetti dalla suddetta malattia o da altre forme convulsive.

Dei Ferruginosi nella cura delle malattie infantili. — Questi rimedi sono annoverati fra i più importanti di quelli che si usano nella cura ricostituente dei bambini; non è sempre necessaria la loro prescrizione perchè gli alimenti plastici più importanti per la ricostruzione organica, come la carne, il latte, le ova, il brodo, ecc., ne contengono una certa quantità già combinata chimicamente, che, per quanto piccola, è sufficiente a provvedere col tempo alla ricostituzione dei globuli sanguigni. D'altra parte nei bambini, più che negli adulti, la loro formazione è assai più attiva e abbondante per il continuo ed incessante aumento di volume e di peso che subisce il corpo, ai quali debbono necessariamente corrispondere degli aumenti quantitativi degli umori.

L'uso dei ferruginosi non si può nè si deve estendere indistintamente a tutti i bambini in cui sono indicati, ma soltanto in quelli in cui essendo perfettamente sane le vie digerenti, l'attività produttrice degli elementi essenziali del sangue è alquanto inerte e non basta a promuovere l'introduzione continua di alimenti plastici.

Queste considerazioni sono applicabili non solo nei casi in cui l'anemia dipende da emorragie traumatiche in un organismo sano ed in quelle che appaiono nel decorso di altre malattie, ma eziandio nelle altre forme le quali sono accompagnate dalla denutrizione consecutiva a malattie acute o croniche, e tutte le volte che si tratta di bambini slattati precocemente o che la loro nutrice mise in opera un allattamento artifiziale che, sebbene sia stato consigliato dal medico, fu male inteso ed in peggiore modo eseguito.

Si dica lo stesso qualora dopo il divezzamento l'alimentazione sia stata

inadatta per se stessa o relativamente al grado di sviluppo del ragazzo, o insufficiente, ed anche se le cause dell'anemia e dell'inerzia organica generale che l'accompagna vanno ricercate nelle cattive condizioni igieniche delle abitazioni, dell'aria, della luce, del vestire, ecc.

Questo modo di curare l'anemia dei bambini, che esclude direttamente l'uso di tutti i preparati ferruginosi officinali, è applicabile sia ai lattanti che a quelli delle varie età.

Pei lattanti si arricchirà maggiormente il latte della nutrice con una dieta conveniente e cogli stessi ferruginosi; si sottoporranno i bambini ad una alimentazione più azotata di quella abituale.

Un simile metodo ha il vantaggio di potersi eseguire qualunque sia lo stato del tubo gastroenterico, al quale fino ad un certo punto si può adattare con un'opportuna scelta di alimenti ed un adatto modo di somministrarli. Questo però non esclude che il medico ne faccia una diagnosi esatta onde migliorare primitivamente le sue funzioni. Per cui si cercherà se è affetto da catarro acuto o cronico, o solo da iperestesia, se l'inerzia funzionale dipende da debolezza nervosa o da scarsità di secrezione, per somministrare ora gli amari, ora gli alcalini, ora i tonici generali e gli eccitanti del sistema nervoso; o in prossimità di ciascun pasto o in varie riprese lungo il giorno secondo il rimedio usato e l'effetto da ottenere.

Questi stati morbosi della mucosa gastrointestinale controindicherebbero l'uso dei preparati ferruginosi officinali, perchè le condizioni particolari dello stomaco non permettono di diventare solubili e quindi assimilabili, ed anche per essere nocivi. È noto che se non vengono combinati cogli alimenti diventano causa di catarri acuti o cronici seguiti da stitichezza o da diarrea.

Queste non sono le sole difficoltà incontrate dal medico nella cura dell'anemia infantile per mezzo dei preparati marziali; ve ne sono delle altre di gran lunga maggiori, superabili soltanto colle cure assidue ed amorose di un medico.

Avviene di raro che l'appetito d'un bambino, il quale soggiacque ad una malattia febbrile acuta di lunga durata, aumenti gradatamente, di mano in mano che si innoltra nella convalescenza e secondo i bisogni sempre crescenti di reintegrazione dei suoi tessuti; quando questo succede dobbiamo credere che tali bambini sono meglio costituiti degli altri, oppure che la denutrizione febbrile non si estese a tutti gli organi indistintamente, e risparmiò quelli più necessari alla vita.

Ordinariamente i bambini convalescenti seguono due modalità: negli

uni è talmente alterato l'istinto dell'alimentazione da soffrire in tutte le ore del giorno un continuo appetito, mai soddisfatto dell'aumentata quantità di nutrimento.

In questi occorre mettere un freno alla voracità onde impedire delle eccessive replezioni ed i consecutivi catarri gastroenterici lenti; le stasi venose addominali, il meteorismo; le digestioni incomplete, l'assorbimento di sostanze improprie a costituire un sangue normale, ecc.

Negli altri, invece, la rinnovazione degli elementi distrutti dei tessuti si opera stentatamente perchè sentono di raro il bisogno di mangiare, e questo è subito soddisfatto dopo l'introduzione di una benchè minima quantità di alimenti.

In questi la mancanza dell'appetito dipende dalla scarsità dei succhi digestivi perchè un certo numero di ghiandole a pepsina non funziona avendole rese atrofiche la consunzione febbrile, per non essere il sangue qualitativamente adatto a provvedere i necessari elementi alla secrezione gastrica, ed infine perchè è molto indebolita l'innervazione in generale, e a maggior diritto quella del ventricolo in particolare.

Tanto negli uni quanto negli altri il ferro non è assimilato vuoi per la scarsità delle sostanze albuminoidi con cui si deve combinare, vuoi perchè subendo esse una imperfetta o anormale elaborazione, non sono trasformate in modo adatto a tale combinazione chimica.

Oltre alla difficoltà, abbastanza grave, di dover proporzionare la quantità degli alimenti per ciascun caso pratico, vi è ancora quella della loro qualità, alcune volte insormontabile.

Se è cosa giusta e consentanea alle leggi fisiologiche il dirigere i nostri sforzi a ripristinare i tessuti albuminoidi, i quali costituiscono gli organi più importanti, non è però meno necessario provvedere alla rinnovazione degli altri che ai primi servono di sostegno e di difesa, per essere quasi sempre colpiti maggiormente e per i primi dai processi morbosi che hanno per inevitabile conseguenza l'esagerazione del movimento chimico molecolare. Sebbene qualunque alimentazione contenga gli elementi onde ripristinare gli uni e gli altri, tuttavia nei casi pratici si dovrà adottare a preferenza la più digeribile ed assimilabile, che non sempre è adatta a ripristinarli.

Queste leggi fisiologiche, sulla necessità dell'esecuzione delle quali si persuadono facilmente gli adulti, si possono con grandissima fatica applicare nella cura dell'anemia dei bambini, imperciocchè è cosa rara che l'appetenza di questi convalescenti si diriga nel senso desiderato dal medico e richiesto dalla natura dei tessuti da riparare.

Osserviamo diffatti come più che agli albuminoidi la loro capricciosa brama si rivolga agli amilacei, agli acidi, alle frutta, ai zuccherini, ecc., i quali alimenti oltre che non convengono a tutte le costituzioni e non sono compresi nei ricostituenti — nè possono per la loro natura compiere un tale uffizio — producono una continua irritazione nella mucosa gastro-intestinale per le fermentazioni anormali che subiscono o per essere le sue secrezioni inatte a digerirli.

Questi dettami, approvati dalla comune esperienza dei pratici, non sono applicabili ai bambini di tutte le classi sociali; alcune non si trovano in grado di apprestare ai loro convalescenti degli alimenti azotati propriamente detti in sufficiente quantità, e devono ricorrere ad alcuni di quelli classificati fra i vegetali che contengono bensì una quantità molto apprezzabile di albuminoidi, ma non combinati col ferro. In questi casi, purchè sia permesso dallo stato delle vie digerenti, si dovrà introdurre qualche preparato ferruginoso.

I più usati nella cura dei bambini sono: il ferro ridotto coll'idrogeno, il lattato, il carbonato effervescente e saccarato, il citrato ed infine il ioduro ferroso che possiede eziandio un'azione risolvente.

Siccome per i bambini ed i ragazzi delle prime età occorrono dosi piccole, si possono prescrivere le acque minerali che vanno somministrate come i preparati officinali, cioè durante o dopo il pasto, e per tutto il tempo che dura la digestione stomacale.

Trattandosi dei preparati ferruginosi la migliore forma di introdurli è quella di polvere avvolta nell'ostia, o chiusa in un pezzettino di cioccolatte molle che verrebbe inghiottito intiero.

Si può fare eccezione pel ioduro di ferro, che essendo molto irritante della mucosa gastrica, è conveniente somministrare sotto forma di sciroppo affine di ovviare all'inappetenza, ai dolori di ventricolo e ad una leggiera diarrea che derivano talvolta in seguito al suo uso o dietro l'esagerazione della dose; ciò che in parte si può impedire somministrandolo a stomaco pieno.

Per introdurre il ferro nel sangue dei lattanti basta somministrarlo alla nutrice o cangiare opportunamente il suo vitto.

Per i bambini di alcuni anni la dose necessaria si dovrà regolare da quella necessaria a sette anni, presso a poco il terzo di quella degli adulti; a parità di circostanze si può eccedere per la più grande quantità di nutrimento che assumono e perchè il lavorio digestivo ne trasforma una parte più abbondante in solfuro che non negli adulti, a cagione della sua maggior durata.

La dose giornaliera da somministrarsi a sette od otto anni è di circa venti centigrammi in media per ogni preparato, in tre volte; a cinque anni se ne darà la metà e così di seguito. Vi si può unire del calamo aromatico ad egual dose, o del rabarbaro polverato, se languiscono le funzioni del ventricolo; come anche il citrato o il solfato di chinino, se si vuole contemporaneamente eccitare il sistema nervoso.

I preparati di ferro si possono eziandio somministrare in soluzioni vinose, nelle quali farà bisogno usare piccole dosi, onde non riescano torbide, nè acquistino un sapore disgustoso per i ragazzi. A questo scopo si usa il citrato ed il tartrato di ferro. La prescrizione si farebbe nella maniera seguente:

P. Citrato di ferro . . . . grammi uno
Vino bianco . . . . » trecento
(Si coli).

Ogni cucchiaio da minestra contiene circa cinque centigrammi di sale di ferro, il cucchiaino il terzo.

A questa soluzione si può unire occorrendo il bisolfato di chinino, come:

P. Vino bianco . . . . grammi trecento
Bisolfato di chinino
Citrato di ferro . . . . . . an. centigr. cinquanta.

In quanto al ioduro di ferro, somministrandolo in polvere non si oltrepasserebbero i dieci centigrammi, da darsi in tre volte a sette anni, a meno che si preferisca usare il sciroppo. Secondo la farmacopea francese ogni trenta grammi di esso contengono circa venti centigrammi di ioduro di ferro, per cui il cucchiaino contenendo il terzo d'un cucchiaio grande trattandosi di sciroppi, cioè cinque grammi, la dose somministrata con ogni cucchiaino sarà un po' più di tre centigrammi. Sarà facile il regolarsi secondo l'età.

Dei Risolventi nella cura delle malattie infantili. — Un bambino sano e robusto, colpito da malattia acuta, ha sempre una speciale forza di resistenza al male, da sperarne la guarigione, qualora il suo andamento non sia stato disturbato da una cura male adatta o non eseguita bene, o dalle cattive condizioni igieniche nelle quali fu tenuto l'infermo. Durante la convalescenza, mentre i tessuti vanno rifornendosi di nuovi elementi, succede eziandio la risoluzione dell'essudato.

La somministrazione dei risolventi in queste circostanze non è necessaria, quantunque non si possa chiamare inutile. Va messa in esecuzione solo quando l'essudato è molto abbondante ed il lavorio dell'assorbi-

bimento, — essendo abbandonato a sestesso, mentre l'organismo è ancora indebolito, — durerebbe troppo a lungo.

La cura non solo va fatta in questi casi, ma a più forte ragione quando l'indebolimento è profondo per la lunga durata della malattia e se il bambino è affetto fin dalla nascita di debolezza costituzionale, o se questa invase l'organismo successivamente in seguito di molte malattie sofferte; tanto più se alcune di queste hanno la stessa natura di quella di cui si tratta di promuover l'assorbimento degli essudati.

In tutti questi casi il medico deve prescrivere i rimedi risolventi il più presto possibile, cioè appena sarà finito lo stadio acuto della malattia ed incomincia quello in cui dovrebbe succedere la risoluzione, la quale viene perciò validamente aiutata. I risolventi saranno accompagnati da una cura ricostituente, per quanto sarà sopportata dallo stato delle vie digerenti, e così si cercherà di ovviare alle metamorfosi anormali dell'essudato, mentre nello stesso tempo si ecciterà il movimento cardiovascolare, l'attività nervosa ed il lavorio chimico molecolare.

La cura risolutiva è anche richiesta e si può effettuare durante un processo febbrile, ma allora le variazioni della temperatura devono essere assai piccole e compatibili con un certo grado di alimentazione. In questi casi abbiamo da curare una malattia a decorso lento in cui gli essudati subiscono spesso delle metamorfosi anormali in luogo di risolversi, oppure si risolvono in alcune parti dell'organo ammalato, mentre ne invadono delle altre.

I risolventi hanno eziandio un largo campo di applicazione in certe affezioni diatesiche. Gli essudati che le caratterizzano sono non tanto una manifestazione della malattia locale, quanto piuttosto dello stato costituzionale; a questo bisogna rivolgere per tempo l'attenzione prima della loro formazione. La cura ricostituente offre dei nuovi e proprii elementi alla formazione dei tessuti. I rimedi, secondo i casi o la necessità, accelerano l'allontanamento per mezzo delle secrezioni di quelli che già hanno servito alla loro composizione o ritardano l'evoluzione retrograda aumentando la loro resistenza e quindi la vitalità. Il risolvente da prescrivere va adattato non solo alla diatesi da cui è affetto il bambino, ma eziandio alla manifestazione speciale con cui in certe circostanze si presenta agli occhi del medico.

Per quanto si possano considerare come controindicati i preparati di iodio nella tubercolosi, non cessiamo per questo di usarli localmente, per impedire il ritardo dell'assorbimento dell'essudato d'una polmonite crupale; come non tralasciamo di somministrare gli arsenicali ad un indi-

viduo affetto dalla scrofola pastacea se una malattia febbrile di lunga durata ne ridusse il corpo ad un eccessivo dimagrimento.

Sembrerà strano che parlando dei risolventi metta l'arsenico col iodio, mentre hanno una natura assolutamente diversa, come diversi ne sono pure gli effetti; il primo è piuttosto conservatore dei tessuti e quindi non pare risolvente, perchè non eccita il movimento chimico molecolare come il iodio e tutti i risolventi propriamente detti. Ma il primo non cessa d'esercitare questa azione nel senso che impedisce o rallenta i processi di metamorfosi anormale, ai quali tendono tutti gli essudati dipendenti da malattie diatesiche e gli altri che per la debolezza dell'organismo impiegano un tempo più lungo del normale per riassorbirsi. Favoriscono inoltre il movimento chimico molecolare per l'azione conservatrice che esercitano sui globuli sanguigni, la quale ne mantiene le funzionalità, mentre nello stesso tempo in seguito al suo uso aumenta il loro numero, anche per essere aumentata la loro vitalità.

L'uso contemporaneo dell'uno e dell'altro di questi due rimedi è non di raro indicato allorquando un essudato polmonare è accompagnato dalla denutrizione generale a cagion d'esempio, tanto più che la loro presenza non è incompatibile per le proprietà chimiche e fisiologiche assolutamente diverse, per le quali il iodio viene eliminato colla stessa rapidità con cui viene assorbito, mentre l'arsenico fa una dimora assai più lunga nel nostro corpo, richiedendo di quando in quando la sospensione del rimedio affine di impedire gli effetti accumulativi, per quanto siano ben tollerati dai bambini.

I risolventi esercitano la loro azione tanto sull'essudato quanto sugli altri tessuti, per cui conviene essere ben guardinghi: nella loro scelta, nel modo di usarli, nella dose, tanto più quando producono degli effetti analoghi, i quali sarebbero manifestati prima dal dimagrimento e dall'anemia, poscia dall'indebolimento funzionale generale, ecc.

Si usano di raro da soli quelli che sono seguiti da questi effetti, anche quando la loro dose giornaliera è piccolissima; si fa nello stesso tempo la cura ricostituente, e si prescrive un altro rimedio che in tutto o in parte abbia gli effetti opposti. La cura coi preparati di iodio si può fare contemporaneamente a quella dell'olio di merluzzo, colla dieta albuminoide, e talvolta colla somministrazione dell'arsenico e del ferro, se è proprio urgente di farla.

Delle due serie di questi preparati quelli di iodio si possono anche applicare esternamente e per mezzo di bagni generali o parziali, oppure localmente.

Per i **Bagni** ci sono le stesse indicazioni e controindicazioni di cui si disse di sopra relativamente all'uso interno. Si parlò di essi in altri paragrafi, nei quali si indicò anche la dose del ioduro di potassio da sciogliersi nell'acqua già portata alla conveniente temperatura, e di qualche surrogato, che, come l'acqua minerale di Rivanazzano (detta anche di S. Francesco), usiamo nell'Ospizio.

In quanto alle applicazioni locali osservo come esercitano il loro effetto direttamente sull'essudato, e solo secondariamente sugli altri tessuti, se vi sono delle connessioni vascolari o dei tessuti fra di esso e la pelle; in caso contrario l'effetto locale sarà secondario e minimo. Non sempre esistono le connessioni tra la regione dove si fa l'applicazione esterna e l'organo corrispondente alle medesime che si vuole curare, per cui questo modo di far risolvere un essudato è molto lungo. È vero inoltre che nel decorso del trattamento si usa una grande quantità di rimedio, ma è pur vero che la sua eliminazione è molto rapida.

I preparati che usiamo localmente nell'Ospizio sono la tintura alcoolica di iodio e la pomata di ioduro di potassio iodata, come trovasi già preparata nelle farmacie. L'applicazione viene fatta due o tre volte al giorno. Si cangierà il luogo della pennellatura della prima se l'epidermide si inspessisce o diventa escoriata, e delle fregazioni della seconda, o se ne sospenderà l'uso se la pelle diventa eritematosa.

Si sospenderà la cura di questi preparati in qualunque modo vengano adoperati, se qualche ghiandola linfatica infiammata cronicamente diventa dolorosa.

Internamente nell'Ospizio usiamo il ioduro di potassio, il ioduro di ferro, l'acqua di Rivanazzano e l'acqua salsoiodica di Sales molto più attiva.

Dell'acqua di Rivanazzano ne prescriviamo due o tre cucchiai al giorno ai ragazzi di sei o sette anni. La metà di questa dose a quattro anni o cinque. Naturalmente prescriviamo una dose un po' minore della sua congenere che contiene maggior quantità di iodio.

Le dosi ordinarie del ioduro di potassio che prescriviamo ai bambini dell'Ospizio che abbiamo in cura sono minime. Di raro ci venne dato di oltrepassarle.

Ad anni	sette	centigrammi	dieci	al giorno
»	sei	»	cinque	»
»	cinque	»	»	»

Somministriamo questo e gli altri rimedi congeneri in due modi: o

epicraticamente, cioè in modo che verso sera tutto il rimedio sia preso, o in due volte una mezz'ora prima di ogni pasto. Questo secondo modo è migliore. La soluzione si può titolare nella seguente maniera:

P. Ioduro di potassio . . . . centigr. cinquanta
Acqua comune . . . . . grammi ottanta.

Ogni cucchiaino di questa soluzione contiene circa due centigrammi e mezzo di ioduro di potassio. Oppure:

P. Ioduro di potassio . . . . centigr. cinque
Acqua comune . . . . . grammi trenta
(A cucchiaini lungo il giorno).

Dei preparati d'arsenico usiamo il solo liquore arsenicale del Fowler, il quale contiene all'incirca l'uno per cento di arsenito di potassa. È ben tollerato dai bambini di qualunque età. Conviene però somministrarlo la prima volta con precauzione, e cominciando dalle piccolissime dosi per mettere alla prova l'idiosincrasia personale e abituare gradatamente il ventricolo a tollerarlo. S'intende che questo deve essere assolutamente sano e ben funzionante durante la somministrazione del rimedio. In caso contrario non si prescrive o si sospende provvisoriamente la cura.

L'età nella quale cominciamo a prescriverlo è verso i quattro anni; ne facciamo somministrare due sole goccie al giorno, di cui una al mattino e l'altra la sera in un cucchiaino di acqua zuccherata, diluendo la soluzione nel seguente modo:

P. Liquore arsenicale del Fowler . grammi cinque
Acqua distillata . . . . . » dieci
(In bottiglietta a contagoccie).

A sette anni cominciamo da quattro goccie, pure nello stesso modo. Aumentiamo d'una goccia ogni quattro o cinque giorni, fino a raggiungere la massima di venti o trenta al giorno a cinque anni; o di trenta o quaranta per i ragazzi di sette o otto anni. Raggiunto il massimo si continuerà o si sospenderà il rimedio secondo l'effetto già ottenuto.

Delle Emissioni sanguigne nella cura delle malattie infantili. — Se parlo in questa Operetta delle cavate di sangue da praticarsi sui bambini, non è per seguire l'uso dei trattatisti i quali ne citerebbero le indicazioni, almeno per quelle malattie la cui gravità è conosciuta e sono scarsi i mezzi che possediamo onde attenuarla, e meno ancora per indurre col mio consiglio i colleghi a metterle in

pratica, giacchè, così facendo, agirei contrariamente alle mie convinzioni scientifiche.

Queste sono avvalorate da numerosi fatti successi a me ed a rispettabilissimi colleghi i quali videro aumentare l'adinamia ed il collasso, approssimarsi rapidamente ed inaspettatamente l'esito letale qualche giorno dopo l'applicazione di una o due mignatte per curare processi morbosi congestizi per i quali, anche presso gli adulti, il salasso è indicato; mentre si ritardò sempre la morte e l'adinamia in quei bambini nei quali si ebbe la maggior cura di sostenere e di risparmiare le forze.

Qualcheduno obbietterà che l'essere io contrario alle emissioni sanguigne, e il non eseguirle, non serve egualmente a salvare dalla morte i bambini affetti dalla grave malattia per la quale vanno prescritte. Rispondo che è tanto difficile, per non dire impossibile, alla terapeutica l'accorciare il decorso d'un processo morboso acuto o cronico, e il diminuire l'intensità dei sintomi allorquando si manifestano in un modo insolito e allarmante, senza nuocere alle funzioni essenzialmente vitali, che viene da tutti i pratici considerato come un vero progresso ed anzi un trionfo della terapeutica l'ottenere simili effetti. Abbiamo su questo proposito fatti da citare, fra i quali il decorso assai più breve di certe malattie ai nostri tempi in cui, più riverenti di quanto fa la natura, non cerchiamo di arrestare un processo morboso indebolendo un organismo che deve resistere e sopportare le conseguenze della sua invasione e che si troverà senza forza nel momento più importante della battaglia.

È provato oggidì, ed ammesso da tutti i pratici, che gli essudati infiammatorii hanno un'evoluzione più o meno regolare, secondo lo stato delle forze dell'infermo o se questi è o no affetto da qualche diatesi congenita, e dipendentemente dallo stato di salute abituale; mi pare perciò un controsenso usare a scopo curativo un mezzo sulle di cui conseguenze non vi è più da discutere nè da dubitare.

Sono questi i motivi per cui la polmonite crupale dei bambini e degli adulti miete minor numero di vittime e guarisce più presto; il reumatismo poliarticolare non dura più i quaranta giorni consacrati una volta al decorso di questa malattia dalla antica esperienza medica.

D'altra parte tutti i processi morbosi acuti hanno il decorso ciclico e un'evoluzione regolare della durata di un certo numero di giorni, per cui facendo in modo che il bambino conservi intatte il più possibile le sue forze, avverranno di raro delle anomalie nel decorso della malattia, fra le quali si può citare il ritardo dell'assorbimento dell'essudato, ciò che, nei bambini diatesici, lo espone a subire delle metamorfosi anomale.

Non parlo qui, perchè vi è troppa analogia con quello che si osserva negli adulti, degli effetti meccanici attribuiti qualche volta al salasso, fra i quali ricordo quello attribuitogli da alcuni pratici di risolvere la dispnea dipendente dalla congestione polmonare. Se questa è grave e molto estesa, la cavata del sangue non la risolve nel senso di far in modo che il ragazzo respiri meglio; indebolisce il cuore, rende il sangue meno denso e quindi facilita la formazione dell'edema polmonare che peggiorerebbe prematuramente lo stato già assai grave dell'ammalato.

Se invece la congestione che precede l'infiammazione del polmone è assai limitata, e la dispnea è maggiore di quanto dovrebbe essere, avuto riguardo alla poca estensione del processo morboso, il salasso l'aumenta per gli stessi motivi detti di sopra, oltre all'indebolimento del sistema nervoso che trae con sè, il quale in tali circostanze si palesa fin da principio mediante l'alterazione della funzione cardiaca e respiratoria.

Nè parlo dell'uso del salasso nella cura della meningite mediante mignatte applicate alle apofisi mastoidee, giacchè mi pare che l'essere questa una malattia grave per la quale manchiamo di presidii terapeutici per fare anche la sola cura sintomatica, non basta ancora perchè si metta in opera un mezzo che per la sua natura non può far a meno di accelerare la paralisi generale; senza pur pensare che non conosciamo nemmeno ancora il momento della sua indicazione poichè ci mancano i dati che con precisione ci indichino quando incomincia la congestione della sierosa e del cervello e quando l'infiammazione, tralasciando perfino la considerazione che si dovrebbe sempre fare conto della grandissima mortalità di questa malattia, non ostante il numero e la natura dei rimedi usati e proposti da egregi autori.

Oggidì la scienza ha detto l'ultima parola sulla questione del salasso applicato alla cura delle malattie infantili (se non ancora degli adulti e delle altre età intermedie) per mezzo del quasi unanime consentimento dei pratici, i quali almeno in questo andarono d'accordo, come sarebbe desiderio sentito da tutti ch'essi andassero d'accordo in molte altre questioni di non minore importanza.

Io pongo la cavata di sangue nei bambini fra i mezzi terapeutici deprimenti del cuore e del sistema nervoso, e per mezzo di questi di tutti gli altri sistemi organici, appunto come si ammettte che avvengano i suoi effetti sugli adulti.

Andremmo errati se si usasse d'un tale mezzo presso i bambini nei quali, assai più presto che negli adulti, si osservano, nel decorso delle malattie acute, i sintomi di adinamia e di collasso che talvolta avvengono

immediatamente appena la febbre è giunta al suo più alto grado, o quando fu somministrata una dose di rimedio eccedente relativamente all'età, o se si usasse come antiflogistico un rimedio col quale non si arrestò mai un'infiammazione non solo, ma con cui si favoriscono quegli esiti che il medico cerca sempre di evitare nell'interesse del suo infermo, e i quali dipendono ognora dalla debolezza organica congenita o acquisita.

Per questi motivi si vede a quali fonti il medico deve attingere le indicazioni e le controindicazioni delle emissioni sanguigne nelle malattie dei bambini. Applicandole egli deve tener conto dell'effetto provvisorio che si vuole ottenere, che non sempre è raggiunto per cause talvolta superiori alle conoscenze del medico; e che quand'anche conosciute non se ne impedirebbero le conseguenze. Egli deve altresì preoccuparsi dell'avvenire che si prepara agli esiti della malattia con un metodo di cura così debilitante e spogliatore, applicato ad un organismo dotato fino allora di poca resistenza e di poca reazione, la cui vitalità, fin dal principio della cura, andò struggendosi sotto gli occhi del medico per causa del marasmo febbrile, del digiuno e dell'esaurimento nervoso.

FINE.

INDICE

Capitolo V.

Delle malattie ombelicali.

Capitolo VI.

Capitolo VII.

Capitolo VIII.

Capitolo IX.

Delle malattie proprie delle prime vie dell'apparato respiratorio.

Capitolo X.

Capitolo XI.

Capitolo XII.

Capitolo XIII.

Delle malattie del sistema nervoso.

Capitolo XIV.

Capitolo XV.

Capitolo XVI.

Capitolo XVII.

Delle malattie infettive acute.

Capitolo XVIII.

Capitolo XIX.

Capitolo XX.

Della cura delle malattie costituzionali.

Capitolo XXI.

Delle malattie più comuni della pelle.

Capitolo XXII.

Capitolo XXIII.

Capitolo XXIV.

Dei principali sistemi di rimedi che si usano nella cura delle malattie infantili e della dose adatta all'età.